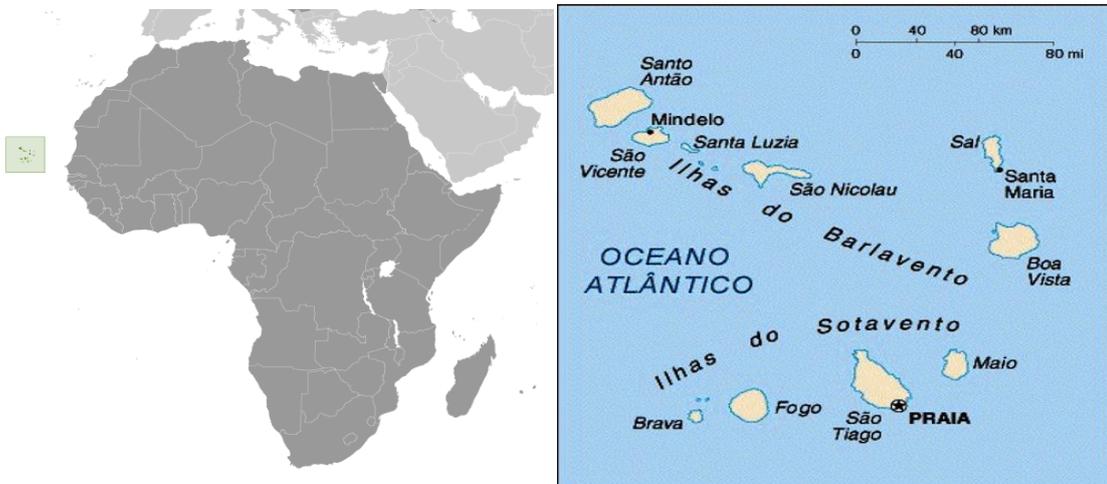




COMITÉ DE COORDINATION DU COMBAT AU VIH-SIDA

IV PLAN STRATÉGIC NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH – SIDA (2017 – 2020)



ACRONYMES	
APIS	Aids Prevention Survey Indicators (Enquête APIS) ARV – Anti Rétroviral
CCS-SIDA	Comité de Coordination du Combat à SIDA
CCCD	Commission de Coordination du Combat contre la Drogue
CNDS	Centre National du Développement Sanitaire
IEC	Information, Éducation et Communication
IDSR	Enquête Démographique sur la Santé Reproductive
OCB	Organisations à Base Communautaire
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PENLS	Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA
PLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RPVVIHCP	Réseau National de Personnes Séropositives du Cabo-Verde
SSR	Santé Sexuelle et de la Reproduction
SIDA	Syndrome Immunodéficitaire Acquis
SSE	Services de Surveillance Épidémiologique
TARV	Traitement Antirétroviral
TS	Travailleurs de Sexe
UD	Usagers de Drogues
UDI	Usagers de Drogues Injectables
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

ÉQUIPE TECHNIQUE NATIONALE

Coordination Générale

Doutor Artur Jorge Correia
Secrétaire Exécutif du CCS-SIDA

Coordination de L'Équipe du Suivi&Évaluation

Dra. Celina Ferreira
Responsable du Suivi & Évaluation du SE du CCS-SIDA

Coordination de L'Équipe du Secteur de la Santé

Dr. António Moreira/Dr. Jorge Noel
Responsables du PLS du Ministère de la Santé

Coordination pour la Définition des Lignes Directrices et des Priorités Globales

Doutor Artur Jorge Correia
Secrétaire Exécutif du CCS-SIDA

Coordination pour la Définition des Objectifs, Stratégies et Programmes

Équipe Technique de Travail (représentants des secteurs de L'Éducation, Santé, Jeunesse, Société Civile, Uni-CV, ICIEG, CCAD, Câmara Municipal da Praia, UNICEF, OMS, UNFPA)

Doutor Artur Correia/Dra Celina Ferreira

Coordination pour la Rédaction du Plan

Doutor Artur Jorge Correia
Secrétaire Exécutif du CCS-SIDA

Assistência Técnica Internacional

Dr. Kemal Cherabi - ONUSIDA

REMERCIEMENTS

Le Secrétariat Exécutif du Comité de Coordination du Combat au SIDA remercie tous les partenaires nationaux et internationaux, y compris les institutions publiques, la société civile et les entreprises, l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et l'ONUDC, pour leur participation active, dans tout le processus de préparation et de validation de ce Plan, qui est un document de référence pour la lutte contre le VIH / SIDA dans le pays, pour la période 2017-2010.

Nous remercions tout particulièrement les Bureaux des Fonds et Programmes des Nations Unies au Cap-Vert et l'ONUSIDA, pour le financement de la phase préparatoire, ainsi que de l'assistance technique pour le recrutement d'un consultant international qui nous a soutenus dans la préparation de ce document.

En effet, l'approche participative et inclusive adoptée dans la préparation de ce Plan c'est une méthodologie qui était commune dans les trois Plans précédents et représente une bonne pratique, qui favorise une plus grande appropriation par les principaux acteurs de la mise en œuvre.

En fait, nous sommes tous peu nombreux à faire face aux défis de la prévention, du diagnostic, du traitement et du suivi, et à la création d'un environnement juridique et social favorable, face à l'épidémie de VIH / SIDA dans le pays.

Le Secrétaire Exécutif du CCS-SIDA

/Doutor Artur Correia/

Préface

La vision stratégique du Cap Vert pour le VIH-SIDA s'inscrit dans l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien pour mettre fin à l'épidémie d'ici 2030.

Toutes les parties prenantes à savoir les autorités nationales au plus haut niveau, les professionnels de santé et les acteurs communautaires de la lutte contre le VIH au Cap Vert sont impliquées pour permettre à la population cap verdienne, en particulier les populations les plus exposées au risque, d'accéder aux connaissances et aux compétences pour se protéger.

Le plan stratégique national 2017-2020 vise la réduction des nouvelles infections parmi les adolescents et les adultes, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la réduction de la mortalité liée au VIH, le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH, la lutte contre toutes les formes de discrimination, ainsi que le renforcement de la gouvernance pour une réponse nationale efficiente.

Dans ce contexte, l'investissement des ressources nationales et internationales est orienté sur le financement durable pour une riposte efficace, à travers des interventions cohérentes, complémentaires aboutissant à des résultats concrets, en termes d'impacts et d'effets, dans les perspectives de 2020 et 2030.

L'élaboration du PSN 2017-2020 se fonde sur des principes internationaux et nationaux. Ces principes directeurs constituent les référentiels entre toutes les parties prenantes pour la conception, la mise en œuvre, la coordination et le suivi et l'évaluation du présent Plan Stratégique, à savoir :

Cohérence du PSN 2017-2020 avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) d'ici 2030.

Les « Trois principes » comme un cadre d'action commun, pour assurer la mise en œuvre d'un politique commun pour faire face au VIH-SIDA ; **une gouvernance et une coordination efficace**, une mobilisation des financements avec une gestion efficiente, **un cadre national de suivi et d'évaluation** prenant en compte toutes les parties prenantes : Secteurs publics et ministères, secteur privé, société civile, communauté des PVVIH.

Le respect et la protection des droits humains ainsi que les aspects genre qui seront intégrés dans les différentes dimensions de la réponse nationale, en tenant compte systématiquement des droits humains et du genre dans tous les aspects du développement des politiques et programmes institutionnels et associatifs.

La participation et l'implication des diverses parties prenantes dans les différentes phases de planification, de la conception, à la mise en œuvre et au suivi et l'évaluation des programmes et des interventions.

La décentralisation de l'offre de prévention, de soins et de soutien qui favorise une réponse nationale plus appropriée au contexte insulaire du Cap Vert, afin répondre aux besoins spécifiques des populations sur toutes les îles.

Vision systémique qui intègre la réponse nationale du VIH dans un système de santé (RSS) renforcé.

Ainsi, toute la société cap verdienne est appelée à rendre sa participation à cette cause majeure que la lutte contre le VIH-SIDA représente, pour rendre un pays qui contrôle l'épidémie du VIH-SIDA, dans un cadre d'équité, d'accès universel à la prévention, traitement et soins, et de respect pour tous les infectés et affectés.

Le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale

/Dr. Arlindo do Rosário/

Sommaire

ÉQUIPE TECHNIQUE NATIONALE.....	II
REMERCIEMENTS	III
PREFACE.....	IV
INTRODUCTION	7
Processus d'élaboration du Plan Stratégique National	8
CHAPITRE 1: CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE, SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE DU CAP VERT	10
1.1 Situation géographique.....	10
1.2 Situation démographique	10
1.3 Contexte socio-économique.....	11
1.4 Contexte sanitaire	13
CHAPITRE 2 : SYNTHESSES DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA ET DE L'ANALYSE DE LA REPONSE AU VIH AU CAP VERT.....	15
2.1 Analyse de la situation épidémiologique au VIH au Cap Vert	15
2.2 : Dynamique de l'épidémie à partir des cas notifiés	15
2.3 Situation épidémiologique parmi les populations-clés.....	17
2.3.1 Vue d'ensemble sur la situation des travailleurs du sexe	18
2.3.2 Vue d'ensemble sur la situation des HSH	19
2.3.3 Vue d'ensemble sur la situation des usagers de drogues (UD).....	21
2.4 Analyse de la réponse au VIH pour la période 2011-2015 au Cap Vert.....	22
2.5 Recommandations générales de la revue et détermination des priorités	34
CHAPITRE 3: PLAN STRATEGIQUE NATIONAL IST/VIH 2017-2020	36
3.1 Vision stratégique de la réponse nationale au VIH-SIDA au Cap Vert, à l'horizon 2020.....	36
Valeurs et principes du Plan Stratégique National 2017-2020.....	36
Démarche de priorisation du PSN 2017-2020	38
Accélération de la réponse nationale au SIDA, au Cap Vert	39
3.2. Résultats d'impacts, d'effet et de produits du PSN 2017-2020	40
Chaine de résultats d'impacts et d'effets	40
Description des résultats d'impact et d'effets	42

Résultat d'impact 1: la dynamique des nouvelles infections est réduite de 30% d'ici 2020.....	42
CHAPITRE 4 : MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL IST/VIH 2016 – 2020.....	58
4.1 Secteurs et acteurs mettant en œuvre les interventions	59
CHAPITRE 5: CADRE DE SUIVI ET D’EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2017-2020	62
CHAPITRE 6 : CADRE DE FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2017-2020	64
Stratégie pour la mobilisation des ressources	67
ANNEXES.....	69
ANNEXE 1 - Tableau des résultats d'impact et d'effets, et des stratégies.	70
ANNEXE 2 - Tableaux des résultats d'effets et activités	75

Introduction

Les conclusions de la revue du PSN 2011-2015 indiquent que des progrès ont été réalisés de façon constante dans les domaines de prévention, diagnostique, traitement, réduction de l'impact socio-économique et Gouvernance. Ainsi, l'analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH au Cap Vert a montré des succès dans le secteur de la santé, en particulier la mise à disposition de services dans de CDV et TARV et de l'appui psychosocial. D'autre part, les résultats de l'eTME sont très satisfaisants grâce à l'implication de tous les acteurs et l'intégration des services de SSR dans les CPN. Cela souligne de l'importance de la consolidation des acquis tout en renforçant la qualité des interventions. La contribution du Gouvernement du Cap Vert à côté de l'appui du Fonds Mondial et de l'appui techniques des partenaires des Nations Unies a été déterminante pour l'atteinte des résultats. Cependant, il existe, encore, des contraintes importantes à surmonter, qui ont été objet d'une analyse plus spécifique au cours de la revue du PSN 2011-2015.

Voici des recommandations et interventions prioritaires à l'issue de cette revue :

Accroître la participation financière de l'Etat pour assurer une durabilité à la réponse nationale qui reste encore dépendante de l'aide extérieure.

Renforcer la prise en charge globale des PVVIH adultes et enfants selon une approche holistique, en améliorant la qualité des services médicaux et de suivi biologique et virologique.

Renforcer le continuum de soins aux PVVIH adultes et enfants à travers la mise en place d'un dispositif d'accompagnement psychologique et socio-économique.

Renforcer les interventions auprès des populations clés (HSH, TS, UD) y compris les détenus et groupes vulnérables (migrants, conducteurs de bus, des clients des TS), et notamment les adolescents et les jeunes dont certains sont issus des populations clés.

Renforcer l'eTME pour préserver les acquis actuels et la durabilité des résultats auprès des femmes enceintes qui constituent une cible prioritaire. Concevoir une stratégie innovante pour l'implication des hommes/conjoints dans la PTME.

Renforcer les capacités des ONG pour accroître le partenariat dans le cadre de la réponse nationale.

Renforcer le leadership national à travers le Suivi Évaluation et une meilleure coordination de tous les acteurs nationaux (Ministères et communautaires) et partenaires des Nations Unies/FM impliqués dans la lutte contre le sida au Cap Vert. Renforcer les informations stratégiques sur les principales Iles du Cap Vert et réaliser une étude MoT.

Soutenir la création d'un environnement favorable, aux PVVIH.

Dans ce contexte, le PSN (2017 – 2020) prévoit une accélération de la réponse nationale au VIH-SIDA. Ainsi, en s'appuyant sur les acquis de la prévention et des soins, le Cap Vert s'engage à accélérer la réponse nationale face à l'épidémie de sida à travers la mise en œuvre du principe des "90-90-90" d'ici 2020.

Le secrétariat exécutif du CCS/SIDA est appelé de renforcer son rôle de coordination de la mise en œuvre du PSN 2017-2020, en assurant :

- Le développement et l'extension des actions de prévention combinée auprès des populations clés et le développement des actions de proximité auprès de la population générale y compris les jeunes filles et garçon en situation de vulnérabilité, à travers une démarche qui tiens compte de la dynamique de l'épidémie au Cap Vert.
- Le renforcement des interventions de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant qui consiste à promouvoir l'offre de prévention auprès des femmes en âge de procréer, ainsi que l'offre de dépistage aux femmes enceintes afin de cheminer vers l'élimination de la transmission du VIH parmi les enfants nés de mère séropositive.
- Le renforcement de la prise en charge globale des PVVIH (Adultes, adolescents et enfants) à la fois en termes de couverture des soins sur les différentes îles du Cap Vert et, également, en termes d'accompagnement et de soutien psychologique, social et économique des PVVIH.
- Le développement d'interventions visant à créer un environnement favorable pour accompagner la mise en œuvre du PSN 2017-2020, et permettre de lever les obstacles liés à l'accès à la prévention et aux soins.

Ce Plan se veut un document stratégique d'orientation pour la planification, l'organisation, la direction et le contrôle de toutes les actions à mener, au niveau central, ainsi qu'au niveau décentralisé, impliquant les principaux acteurs de la lutte du secteur public et de la société civile (y compris les entreprises).

Le plan est développé en quatre chapitres, à savoir : Chapitre 1 : Contexte géographique, démographique, socio-économique et sanitaire du Cap Vert ; Chapitre 2 : Synthèses de la situation épidémiologique du VIH/SIDA et de l'analyse de la réponse au VIH au Cap Vert ; Chapitre 3 : Plan Stratégique National IST/VIH 2017-2020 ; e Chapitre 4 : Mise en œuvre du Plan Stratégique National IST/VIH 2016 – 2020.

Processus d'élaboration du Plan Stratégique National

La démarche d'élaboration du PSN 2017-2020 a été coordonnée par CCS/SIDA et son Secrétariat Exécutif (SE). Elle a été pleinement inclusive et participative permettant aux organisations de la société civile, aux prestataires de santé et aux partenaires techniques

et financiers de contribuer véritablement à la définition de la vision stratégique autour d'un cadre de résultat ambitieux conformément à la dynamique de l'épidémie de VIH et aux orientations stratégiques définies par le Cap Vert. En effet le processus a étroitement associé, l'ensemble des acteurs, du secteur public, des organisations de la société civile, des organisations communautaires de base, des organisations des PVVIH y compris les groupes représentant les populations clés.

L'ensemble de ce processus d'élaboration a été précédé d'une analyse de la situation épidémiologique et de la réponse nationale du Cap Vert face à l'épidémie de VIH. Un dispositif de coordination et de pilotage de la revue de la réponse nationale a été mis en œuvre avec la participation de l'ensemble des acteurs clés, des représentants des organisations de la société civile et des secteurs santé et autres partenaires des ministères. Des réunions régulières avec l'équipe du SE du CCS/SIDA, les acteurs et les bénéficiaires et les partenaires bilatéraux et multilatéraux, ont été planifiées pour assurer leur participation à la définition des orientations politiques et à la supervision générale du processus d'élaboration. L'analyse de la situation et de la réponse a donné lieu à l'identification des forces et des faiblesses ainsi que les défis. Elle a montré des succès dans le secteur de la santé, en particulier la mise à disposition de services dans de conseil et dépistage, dans le traitement antirétroviral (TARV) ainsi que l'appui psychosocial. Les résultats de l'eTME sont très satisfaisants grâce à l'implication de tous les acteurs et l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) dans les consultations prénatales (CPN). Cela souligne l'importance de la consolidation des acquis tout en renforçant la qualité des interventions. La contribution du Gouvernement du Cap Vert à côté de l'appui du Fonds Mondial et de l'appui techniques des partenaires des Nations Unies a été déterminante pour l'atteinte des résultats.

Aussi, le PSN 2017-2020 est objectivement l'expression d'un consensus national sur les priorités de lutte contre le VIH et constitue désormais le référentiel national et le cadre de détermination des objectifs et résultats nationaux en matière de lutte contre le VIH, auxquels adhèrent tous les acteurs de la réponse nationale. La participation effective de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida a été activement recherchée et encouragée et s'est concrétisée par leur présence aux différents groupes de travail ainsi qu'à tous les ateliers du processus d'élaboration du PSN 2017-2020. De plus, le plan a bénéficié de la participation effective d'experts internationaux et nationaux tout au long du processus.

Chapitre 1: Contexte géographique, démographique, socio-économique et sanitaire du Cap Vert

1.1 Situation géographique

L'archipel du Cap-Vert est situé dans l'océan Atlantique, à 620 km de la côte ouest de l'Afrique. Il est composé de dix îles et huit îlots, Barlavento, au nord, comprenant Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal et Boa Vista et les îles Sotavento, au sud, comprenant Maio, Santiago, Fogo et Brava. Santa Luzia est la seule île inhabitée. Avec une superficie de totale de 4033 km², le Cap vert compte, en tout, 22 municipalités. Le rapport préliminaire de recensement en 2010 rapporte que près de 62% de la population vit dans les zones urbaines pour seulement 38% dans les zones rurales. 48% de la population est concentrée sur l'île de Santiago dont la municipalité de Praia est la plus peuplée avec 26,9%.



1.2 Situation démographique

Sur 505.983 habitants (projection 2012) et avec un niveau d'occupation de 132 hab./km², un peu plus de la moitié de la population (50,5%) est féminine. Avec un âge moyen de 26,8 ans et 50% de la population ayant moins de 22 ans, la population du Cap Vert est également très jeune. La majorité (62 %) de la population vit dans les zones urbaines, comparativement à environ 38 % dans les zones rurales (recensement 2010). Le taux de natalité était de 4,2 en 2007, montrant une fécondité nettement plus marquée dans le milieu rural (3,7) comparée au milieu urbain (1,9). Entre 2000 et 2010, le taux de fécondité de 2,9 enfants par femme et la croissance moyenne de la population était de 1,2% par an. Sur le plan de la mortalité, une amélioration significative a été remarquée dans le pays puisque le taux brut de mortalité a diminué de 6,6 à 5,0‰ chez les femmes et de 8.1 à 6.3‰ chez les hommes

entre 1990 et 2000 (rapport préliminaire de recensement, 2010). Le taux de mortalité infantile de 2007 était de 21,7% des naissances vivantes et de 25,7 pour mille chez les moins de 5 ans, soit le troisième plus faible en Afrique. La même tendance positive s'observe en matière de durée de vie, l'espérance de vie à la naissance étant passée de 70,6 à 74,9 ans pour les femmes et de 64,4 à 66,5 ans chez les hommes entre 1990 et 2000, et en 2010 à 68,9 et 76,6 ans respectivement, chez les hommes et les femmes. L'espérance de vie à la naissance de 71 ans place le pays au troisième rang sur l'ensemble de l'Afrique. La mortalité infantile a été réduite de 45 en 1990 à 25 pour 1000 naissances vivantes en 2013. De même, la mortalité maternelle a également baissé de 53,7 par 100000 naissances vivantes à 48,4 par 100000 naissances vivantes aujourd'hui. Ces résultats positifs sont liés à une amélioration globale de la couverture CPN et à l'augmentation du nombre d'accouchements en présence d'un personnel médical spécialisé qui est passé de 54 % en 1995 à environ 90 % aujourd'hui. Le Cap-Vert a également fait de gros efforts pour contenir la propagation des maladies infectieuses.

1.3 Contexte socio-économique

1.3.1. Contexte Social

Entre 2001 et 2015, le taux national de pauvreté est passé de 58% à 35%, et le taux d'extrême pauvreté a été réduit de 30% à 11% (en utilisant les définitions nationales)¹. Fut réalisée une étude exhaustive des revenus et dépenses des ménages au printemps 2016 et les données sont en cours de préparation pour l'analyse. Le secteur touristique au Cabo Verde, comme moteur de la croissance, a apporté une contribution importante à cette réduction significative.

Cabo Verde se situait au rang de la 122ème place parmi 187 pays dans l'Indice de développement humain (IDH) du PNUD en 2015. L'espérance de vie moyenne est estimée à 71 ans, est la plus élevée de toute l'Afrique subsaharienne. La mortalité infantile est passée de 26 pour 1 000 naissances vivantes en 2007 à 15 en 2011. Le taux de mortalité maternelle est passé de 36 pour 100.000 naissances vivantes en 2006 à 26 en 2011. En 2011, 94% des enfants de moins d'un an d'âge avait une vaccination complète et le pourcentage de la population vivant à moins d'une demi-heure d'un centre de santé était de 86%. De même, les résultats de l'éducation ont mis Cabo Verde au top au niveau de l'Afrique sub-saharienne. Le taux d'alphabétisation des adultes est estimé à 87%, bien qu'il existe encore des disparités entre les hommes et les femmes.

¹ (<http://www.worldbank.org/pt/country/caboverde/overview>, consulté en Decembre 2016)

1.3.2. Contexte économique

La reprise post-crise au Cabo Verde, reste fragile, puisque la croissance économique dans cet archipel dépend en grande partie du tourisme, elle a été réduite à environ 1,5% en 2015 – à près de la moitié du taux en 2014. Les prévisions pour la croissance sont à près de 4% en 2016, ce qui représente une légère reprise en comparaison de l'année précédente, mais pas encore assez pour réduire les niveaux d'endettement. Cabo Verde est à la croisée des chemins avec une dette publique proche de 125% du produit intérieur brut (PIB) à la fin de 2015. Les pressions sur les finances publiques en 2016 et au-delà ont suggéré un risque élevé d'augmentation continue de la dette à mesure que le gouvernement assume des passifs des entreprises publiques largement insolvables (SOEs) (la compagnie aérienne nationale TACV, et un projet de logement social - *Casa para Todos* (Logement pour tous)). La consolidation budgétaire urgente et agressive est nécessaire pour mettre la dette sur une voie durable et permettre ainsi une politique budgétaire orientée vers la croissance dans l'avenir.

Le ralentissement de la croissance s'est reflété sur une baisse des investissements directs étrangers (IDE), l'un des principaux moteurs de la croissance dans le pays, ainsi que la rationalisation continue des investissements publics dans le contexte de la croissance de la dette. Les activités économiques ont également été affectées par une croissance anémique du crédit pour le secteur privé, en dépit des réductions respectives de 0,25 et 3 points de pourcentage des taux d'estimations et les taux de réserves obligatoires par la banque centrale au cours de l'année.

Avec le ralentissement dans les investissements, les dépenses sur les importations qui leur sont associées ont également diminué et contribué à une meilleure position de la balance externe des comptes courant, en 2015. La balance externe a également bénéficié d'une augmentation notable de l'entrée des envois de fonds privés, ainsi que le rapatriement plus réduit des bénéfices des entreprises étrangères. Les réservations sont restées assez robustes, bien au-dessus de la référence interne au plan international dans les 12 semaines d'importations.

1.3.4. Défis au Développement

Consolider leurs résultats en tant que pays à revenu intermédiaire et continuer à renforcer les conditions de réduction de la pauvreté et de prospérité partagée seront des défis cruciaux pour Cabo Verde. Une petite économie ouverte comme celle du Cabo Verde est vulnérable aux aléas représentés par les événements économiques globaux. Compte tenu de son taux de change fixe, il sera essentiel pour le pays de reconstruire des tampons fiscaux pour absorber les chocs futurs. La diversification au sein et au-delà,

du secteur du tourisme, et les marchés du travail plus flexibles, peuvent aider à absorber les chocs.

Dans l'aspect structurel, Cabo Verde doit faire face à la fragmentation dans les neuf îles habitées et la distance entre les îles entraîne des coûts élevés de transport. La petite taille du pays réduit la perspective d'accroître les résultats à l'échelle. Les coûts unitaires du travail sont élevés. Les difficultés d'infrastructure existent encore et la prestation des services publics, y compris l'énergie, doit être améliorée. Un climat aride réduit le potentiel de l'agriculture, bien que de grands efforts pour améliorer la mobilisation de l'eau commencent à produire des résultats. Enfin, le pays est vulnérable aux changements climatiques, le niveau de la montée des eaux de la mer et les catastrophes naturelles.

1.4 Contexte sanitaire

Selon le Ministère de la Santé (2007), dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest, Cabo Verde est parmi les pays ayant les meilleurs indicateurs de santé de la population, grâce à un effort persévérant réalisé depuis l'indépendance, avec la création d'infrastructures, la formation du personnel, l'organisation des services, la mise à disposition judicieuse des ressources et des lois qui soutiennent l'institutionnalisation du système de santé. Un pays insulaire, de petite taille et avec peu de ressources financières, il n'a pas été facile d'atteindre ce niveau de réalisation.

Selon le même auteur, la nature montagneuse de la plupart des îles, la petite taille de la population et la dispersion des communautés rurales dans les régions éloignées, parfois de difficile accès, ainsi que l'insuffisance du transport de masse, principalement maritime ont augmenté les difficultés dans la recherche des solutions aux problèmes de santé des citoyens.

Le profil épidémiologique du Cabo Verde, en phase de transition, montre que les maladies non transmissibles ont tendance à dépasser, en fréquence et en gravité, les maladies infectieuses, ce qui représente de nouveaux défis pour le Service National de Santé (Ministère de la Santé, 2002).

Soit dit en passant, Correia (2002) et la Banque Mondiale (2005) avaient déjà attiré l'attention sur le processus d'une transition épidémiologique en cours dans ce pays archipel, où les maladies non transmissibles étaient déjà les principales causes de décès (Abrahams et al., 2011) et les références qui y décrivent trois (3) processus de transition: la transition démographique (changement d'une période de fécondité et une mortalité élevées à une faible fécondité et de mortalité); la transition épidémiologique (changement d'une prévalence élevée de maladies infectieuses à une prévalence élevée de maladies chroniques et dégénératives); et la transition nutritionnelle (changement dans le régime alimentaire, l'alimentation dense en énergie et en déséquilibre nutritionnel, accompagnés par des changements dans les modèles d'activité).

Toujours selon le Ministère de la Santé (2007), le développement de l'effectif des professionnels de la santé efficaces montre une croissance importante et diversifiée, mais encore insuffisante, en particulier dans des professionnels spécialisés dans divers domaines, à la fois clinique et en santé publique et de gestion pour répondre aux besoins du secteur, donner une réponse différenciée aux problèmes et assurer le bon fonctionnement du système. Cet échec, couplé à ne pas attirer des experts nationaux après leur formation, ont forcé l'utilisation de l'assistance technique internationale et un système d'évacuation des patients, au plan interne et à l'étranger.

Selon Goncalves et al. (2015) abordent la question des disparités dans l'accès aux soins de santé entre les populations rurales et urbaines, et intra-urbains, faisant référence à certains auteurs en ce qui concerne le rôle de la collaboration entre la société civile et les communautés locales, d'une part, et les décideurs et les chercheurs, de l'autre, afin de minimiser les différences systématiques dans la santé des différents groupes vivant dans des contextes urbains et ruraux.

A noter que, selon le recensement national (INE, 2010), en 2010, Cabo Verde avait 491.875 habitants et la municipalité de Praia a montré une forte croissance de sa population au cours des deux décennies précédentes : 71.276 en 1990 ; 106.348 en 2000 et 131.719 en 2010, respectivement, avec 86,5%, 88,5% et 97,0% vivant en milieu urbain.

Donc, Cabo Verde ne peut échapper à la règle, et a aussi des inégalités dans l'accès aux spécialités de soins de santé, face aux îles et les plus communes périphériques (Fogo, Brava et Santo Antão), de plus grandes difficultés.

Dans ce contexte, les systèmes de santé doivent être prêts à faire face aux défis qui se posent.

Au Cap-Vert, le Système national du Cap-Vert Santé est un modèle mixte, où le secteur privé travaille en complémentarité pour la santé publique - Loi fondamentale de la santé (Ministère de la Santé, 1989).

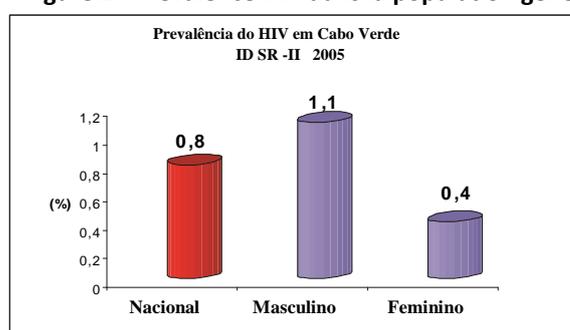
Le réseau des établissements de santé publique se compose de deux (2) hôpitaux centraux, l'un sur Praia, pour couvrir essentiellement la région Sotavento, et l'autre à São-Vicente, pour couvrir la région de Barlavento ; quatre (4) hôpitaux régionaux (1 Santiago Nord pour couvrir les municipalités de l'intérieur de Santiago, à l'exception de la commune de São-Domingos, 1 à Sao-Filipe pour couvrir les îles de Fogo et Brava, 1 à Ribeira Grande de Santo Antão, couvrant l'île de Santo Antão, et une sur l'île de Sal); 28 centres de santé; 5 centres de santé reproductive; 1 Centre d'ergothérapie 1 Centre de santé mentale; 113 Unités de santé de base; 2 Sièges propres de Délégation de Santé (Praia et São-Vicente).

Chapitre 2 : Synthèses de la situation épidémiologique du VIH/SIDA et de l'analyse de la réponse au VIH au Cap Vert

2.1 Analyse de la situation épidémiologique au VIH au Cap Vert

Le Cabo Verde connaît une épidémie du VIH avec une prévalence de 0,8% (IDSR II 2005) dans la population générale, dénotant le caractère concentré de celle-ci notamment parmi les populations clés (7,9% chez les travailleuses du sexe (TS), 3,9% chez les usagers de drogues (UD) et 15% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

Figure.1 : Prévalence VIH dans la population générale %.



(Source : IDSR II – 2005)

Les données montrent une disparité entre les sexes indiquant que l'infection par le VIH touche davantage les hommes que les femmes, soit respectivement 1,1% et 0,4%, en dépit des données programmatiques de suivi des femmes enceintes qui indiquent une tendance variant entre 0,7% et 1%. Les tranches d'âge les plus touchées sont celles des personnes les plus âgées avec une prévalence de 2,5% dans la tranche d'âge de 45-49 ans et 2% chez les 25-29 ans. Les jeunes âgés de 15-24 ans sont donc les moins touchés avec une prévalence nettement en dessous de la moyenne nationale.

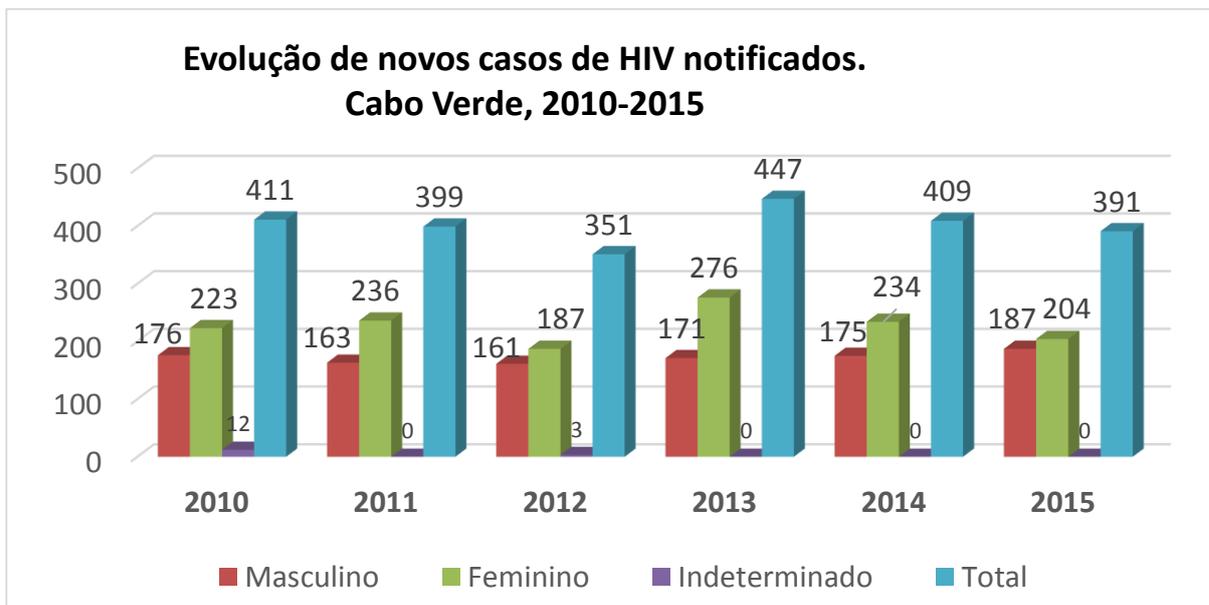
Les notifications de cas de 2014 (Rapport statistique MS, 2014), révèlent également que 72,1% des nouvelles infections se situent dans le groupe de 25 à 54 ans. Ces résultats suggèrent que les jeunes avant l'âge de 24 ans, se protègent probablement ou s'abstiennent des rapports sexuels.

2.2 : Dynamique de l'épidémie à partir des cas notifiés

Depuis 2008, le nombre de cas notifiés par an et selon les sexes indique, en effet que les femmes sont plus touchées. Cependant, le ratio passe par une valeur de 0,86 en 2012 indiquant probablement que les femmes bénéficiant de la PTME sont plus dépistées que les hommes. Néanmoins, si de 2011 à 2012 les pourcentages de

nouveaux cas ont eu tendance à se rejoindre, en 2013, la sex-ratio indique clairement que l'incidence des nouveaux cas de VIH est nettement plus importante que chez les hommes rejoignant les valeurs de 2011. Les plus grands nombres de nouveaux cas de 2011 à 2014 ont été enregistrés à Santiago avec 765 cas cumulés (Praia = 586 cas cumulés, Santa Catarina = 179 cas cumulés), Sao Vicente (152 cas cumulés). La situation à Sal doit également être notée (58 cas cumulés). Cependant, ces municipalités et leurs populations étant de tailles différentes, ces données ne sont qu'indicatives des tendances.

Figure. 2 : Nombre de nouveaux cas d'infection à VIH, par sexe. Cabo Verde, 2010 à 2015.



Source Rapport du Programme national ; Rapport statistique du MS, 2015

Le taux d'incidence de l'infection à VIH par sexe, en 2015, était de 47,8% chez les hommes contre 52,2% chez les femmes.

Selon les rapports du SVE en 2014, 409 nouveaux cas de VIH ont été notifiés, et parmi ces cas, 351 sont par VIH1, 46 par VIH2, 10 par VIH1 et VIH2 et 2 sont indéterminés. L'île de Santiago enregistre le plus de nouveaux cas (Praia 220 cas, Santa Catarina : 41 cas) suivie de São Vicente avec 32 nouveaux cas. De 1987 à 2014, le cumul des cas d'infection à VIH/sida notifiés s'élève à 4946 dont 1766 au stade de sida et 1066 décès.

En ce qui concerne l'évolution de la mortalité par le VIH/SIDA, le rapport statistique de MS 2014 montre que le taux de mortalité par 100.000 habitants varie de 15,2, en 2010 et 14,5, en 2014.

2.3 Situation épidémiologique parmi les populations-clés

▪ Estimation de la taille des populations clés

En 2013, trois études sur les populations clés ont été menées dans le pays pour améliorer l'information stratégique, il s'agit de : (i) Etude socio-comportementale et de séroprévalence VIH parmi les travailleurs de sexe ; (ii) Etude socio-comportementale et de séroprévalence VIH

parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; (iii) Etude socio-comportementale et de séroprévalence VIH parmi les usagers des drogues.

Ces trois études ont privilégié 5 sites insulaires urbains et suburbains du pays :

Praia, Santa Cruz, Santa Catarina, São Vicente et Sal pour les travailleurs de sexe et usagers de drogues et Praia, São Vicente et Sal pour les HSH.

Sites	TS-femmes	TS-hommes	Total
Praia	5	45	643
SantaCruz	8	12	93
SantaCatarina	8	2	90
Sal	1	25	223
S.Vicente	3	30	396
Total	13	1314	1445

Source : Enquête sociocomportementale e de séroprevavalance chez les populations-clès du Cabo Verde, 2013.

Selon le tableau 3, les sites de Praia, Sal et São Vicente enregistrent les plus grands nombres de TS femmes et hommes. En termes de pourcentage, 39% (45) des TS masculins ont été identifiés à Praia et seulement 2% à Santa Catarina.

Selon le tableau 4, le nombre estimé de HSH à partir des trois sites insulaires est de 694 personnes. Cette estimation inclut les étrangers résidant dans ces villes. Les raisons de la sous-estimation de la taille de cette population s'expliquent par la forte stigmatisation dont elle est victime et aussi par la peur de dévoiler son orientation sexuelle. L'ESCS 2013 révèle que la grande majorité de la population des HSH (plus de 70%) se trouve à Praia.

Sites	Nombre estimé
Praia	533
São Vicente	85
Sal	76
Total	694

Source : Enquête sociocomportementale e de séroprevavalance chez les populations-clès du Cabo Verde, 2013

Néanmoins, Sal et Sao Vicente regroupent tout de même 39% des HSH.

Le tableau 5 indique que dans les différents sites ont été estimés 2192 usagers de drogues, dont 417 du sexe féminin et 1775 du sexe masculin. Le site de Praia représente 52% du poids des UD comme dans les autres études antérieures. Les plus grands nombres d'UD ont été estimés dans les deux plus grandes villes de l'Archipel. Les femmes sont nettement moins nombreuses que les hommes avec une femme pour quatre hommes sauf à Santa Cruz.

Tableau 5: Estimation de la taille des usagers de drogues, (UD) 2013			
Sites	UD du sexe féminin	UD de sexe masculin	total
Praia	224	921	1145
Santa Catarina	6	60	66
Santa Cruz	59	269	328
Sal	54	168	222
São Vicente	90	365	455
Total UD estimés	433	1783	2216

Source : Enquête sociocomportamentale e de séroprévalence chez les populations-clés du Cabo Verde, 2013

2.3.1 Vue d'ensemble sur la situation des travailleurs du sexe

Les TS du Cap Vert sont très mobiles, en effet la cartographie élaborée en 2013, a identifié plus de 80 lieux « hot spots » de commerce du sexe (bars, clubs, parcs...) dans plus de 7 sites à Praia dont deux où des TS HSH ont été identifiés. Les rapports sexuels ont lieu dans les véhicules des clients, au domicile de ceux-ci ou encore au lieu d'habitation de la TS. Les maisons closes ont quasiment disparu, remplacées par des maisons de passe louées par plusieurs TS qui y exercent leurs activités, ainsi que des hôtels.

■ Prévalence du VIH chez les TS

Les données du dépistage du VIH chez les TS montrent une évolution rapide de la prévalence dans cette population, celle-ci étant passée de 5,3% à 7,7% en 2 ans (2013). Comparée aux données disponibles de 2005 (IDSR 2005) sur la prévalence dans la population générale, cette situation confirme le caractère concentré de l'épidémie de VIH au Cap Vert. Les plus forts pourcentages de l'épidémie chez les TS sont situés à Sal, suivi de Praia. Les plus grands nombres de TS ont été identifiés à Praia et à Sao Vicente, parmi lesquels on note la présence des transgenres

Cependant, bien que la prévalence soit moins élevée chez les plus jeunes TS (15-19 ans), le pourcentage d'entre elles qui commencent à pratiquer le sexe commercial avant l'âge

de 18 ans est très préoccupant. En effet, les données qualitatives ont signalé une tendance à l'augmentation de ces pratiques parmi les jeunes y compris les adolescentes.

Principaux déterminants de risques et vulnérabilité parmi les TS

Le faible niveau scolaire apparaît également comme un facteur important reflétant le contexte social chez les TS, puisque que les 3/4 des TS infectées n'ont eu qu'une formation scolaire de base ou pas du tout scolarisées. Sur le plan de l'activité, la majorité des TS sont femmes de ménage (25%), vendeuses ambulantes (21%) ou des étudiantes (17%). De nombreuses TS sont issues du monde rural. Ces femmes et jeunes filles, très vulnérables qui transitent régulièrement entre zones rurales et zones urbaines avec des routiers les paient souvent en nature. Les données de 2013 montrent que 32% des femmes qui pratiquent le sexe commercial sont au chômage et 27% ont un revenu insuffisant. A ce manque d'autonomie financière s'ajoute la prise en charge des parents et des enfants. Concernant le statut matrimonial, la proportion de TS divorcées / séparées a radicalement diminué de 34% en 2011 à 1% en 2013. En revanche, la proportion de TS mariées a augmenté de quasi aucune à 13% dans la dernière étude. Dans l'ensemble cependant, 57% des TS rapportent avoir un partenaire fixe ce qui suggèrent que 44% des TS sont en couple avec un homme qui n'est pas leur époux. L'étude de 2013 confirme les résultats de 2011 concernant le pourcentage de TS célibataires (86%) avec une augmentation de 48% entre les 02 années.

2.3.2 Vue d'ensemble sur la situation des HSH

Historiquement Sao Vicente a été depuis longtemps un espace où les HSH ont été en mesure de s'affirmer. Ces derniers se contactent généralement par téléphone ou via les réseaux sociaux. À Sao Vicente, où la première association LGBT a été créée, au moins 30 HSH se déclarent ouvertement gays aujourd'hui. Une frange reste cependant inconnue de ceux qui ont des pratiques exclusivement homosexuelles et qui n'assument pas leur orientation sexuelle et se définissent souvent comme des « hétérosexuels ». Une bonne part d'entre eux sont rapportés être, en fait, des bisexuels qui, selon les informateurs-clés, sont surtout des hommes mariés. La bisexualité peut également constituer une stratégie pour éviter la stigmatisation. L'étude de 2013, révèle que 82% des HSH ont déclaré avoir des relations sexuelles avec des femmes

▪ Prévalence du VIH chez les HSH

Les données de l'ESCS 2013 montrent une prévalence du VIH de 15% chez les HSH, soit une prévalence de 15 fois plus élevée que celle de la population générale. Les niveaux

de prévalence dans la population des différentes îles sont très variables. Le cas le plus critique est clairement observé à Sao Vicente avec 26% des HSH qui sont infectés suivi de Santiago (Praia 15%). Sal si la prévalence est plus faible, le risque d'une augmentation demeure du fait de la faible utilisation du préservatif, de la recrudescence de l'activité du travail du sexe. Dans l'ensemble, si on distingue les niveaux d'infection avant et après 25ans, on constate que 22,2% des HSH infectés ont plus de 25 ans contre seulement 6,6% chez les moins de 25 ans. La prévalence la plus forte (58,3%) est observée dans la tranche d'âge de 35-39 ans.

Peu de différences entre les prévalences des HSH ayant un niveau d'instruction supérieur ou secondaire, celle-ci tournant autour de 13% dans les deux cas. La prévalence la plus élevée est notée chez ceux qui n'ont reçu qu'un niveau d'instruction primaire (6%). Cette différence suggère un effet possible des activités de prévention en milieu scolaire. Cependant, ils indiquent du même coup que les efforts doivent être renforcé auprès des HSH n'ayant reçu qu'un niveau d'éducation primaire. En effet, les données de l'étude 2013 montrent que plus faible est le niveau d'éducation moins la connaissance de l'épidémie est bonne. En outre 74% des HSH ayant une éducation supérieure et 70% de ceux ayant un niveau d'éducation secondaire ont une très bonne connaissance de l'épidémie. Chez ceux n'ayant reçu qu'une éducation de base, seulement 42% des HSH ont une connaissance complète. La majorité de la population HSH enquêtée en 2013 était jeune (66% avec moins de 30 ans). La proportion de jeunes de 15 à 29 ans étaient plus importantes à Sao Vicente (80%) et à Praia 68% et dans une moindre mesure à Sal (53%). Quasiment tous les HSH (97%) étaient célibataires. Les HSH qui rapportent avoir eu un seul partenaire fixe au cours des 6 derniers mois, représentent 19%. Sur l'ensemble des HSH de l'étude, 33% ont affirmé avoir un partenaire fixe. Pour l'énorme majorité des HSH la signification de la relation relève cependant de l'ordre affectif et seuls 10% d'entre eux reconnaissent le faire pour de l'argent. La plupart de ces derniers proviennent de Sal avec 26% des HSH impliqués dans le sexe commercial alors que sur les autres sites ce pourcentage ne dépasse pas les 8%.

Principaux déterminants de risques et vulnérabilité parmi les HSH

L'étude ESCS 2013 montre qu'au Cap Vert, les cas de violence à l'encontre des HSH ne sont pas rares dans la communauté : 1/4 des HSH de l'étude ont rapporté n'avoir été victimes de violence 51% de ces violences sont purement verbales et 45% des agressions physiques. Quoique les effectifs soient faibles, 7% des HSH ont subi des violences sexuelles. Les cas de violences sont plus souvent rapportés à Sao Vicente (39%) contre 22% et 13% à Praia et à Sal. Les HSH déclarant avoir été victimes de rafles policières sont rares (8%). Le contexte de discrimination et de violence homophobe explique aussi que de nombreux HSH craignent que leur orientation sexuelle soit dévoilée. 37% des HSH ont ainsi rapporté ne pas savoir si un membre de la famille était au courant de leur orientation sexuelle. Autrement dit, dans le meilleur des cas 65% des HSH n'ont pas

dévoilé leur orientation sexuelle à leur famille. Cette peur du dévoilement de leur orientation sexuelle force la majorité des HSH à rester dans la clandestinité rendant difficile leur accès pour la prévention du VIH et aux services de soins dans une perspective qui soient adaptées à leur mode de vie.

2.3.3 Vue d'ensemble sur la situation des usagers de drogues (UD)

La population UD est généralement jeune, avec 64% des UD qui ont moins de 30 ans et 40 % moins de 25 ans. Les plus grands pourcentages d'UD ont été trouvés chez les 20-24 ans (28%), suivi des 25-29 ans (24%). Les pourcentages les plus importants d'UD de 20-24 ans ont été trouvés à Sao Vicente et à Praia avec respectivement 31% et 30%, soit 3% et 2% au-dessus de la moyenne chez les 20-24ans. Ce profil est constaté par tout sauf à Santa Cruz et Santa Catarina où les pourcentages les plus élevés ont été trouvés chez les 25-29 ans. A partir de 30 ans, le nombre d'UD est moins important soit parce que le niveau de responsabilité augmentant, l'usage de drogue n'est plus recommandé, soit par ce que ces responsabilités augmentent la probabilité de cacher cette activité. Une constante rapportée est le faible statut socio-économique des UD ainsi que celle des populations vivant autour des sites de concentration UD. Certains types de métiers semblent faciliter plus que d'autres la consommation de drogues comme les stations de lavage de voitures et les criées aux poissons. Dans tous les lieux les plus critiqués, les phénomènes de la drogue et de la prostitution coexistent, souvent dans le même espace, et les interactions entre ces deux phénomènes expliquent pour une grande part la propagation VIH/SIDA chez les UD.

▪ Prévalence du VIH chez les UD

La séroprévalence moyenne du VIH chez les UD au Cap Vert est de 3,9% soit près de 4 fois la séroprévalence dans la population générale (EDS 2005). Les plus fortes prévalences VIH parmi les UD ont été enregistrées à Sao Vicente et Praia qui se situent au-dessus de cette moyenne. Les données de prévalence du VIH chez les UD montrent que celle-ci augmente avec l'âge des répondants. Les données montrent cependant que dès l'âge de 25 ans la prévalence du VIH dépasse la moyenne nationale pour les UD. Néanmoins, il convient de prendre ces données sur la prévalence du VIH dans les différents groupes d'âges avec une certaine réserve, sachant que les effectifs sont parfois très faibles.

Concernant le rapport entre le niveau d'éducation chez les UD et la prévalence du VIH, si l'on compare les prévalences entre les niveaux EBI et l'éducation supérieure, on constate que les second sont nettement en dessous de la moyenne de 3,9% chez les UD avec une prévalence de 1,5% a lorsque la prévalence des UD ayant reçu une éducation

de base est de 5,4% Un peu plus de la moitié de la population UD (52%) sont alphabétisés/éducation de base, et presque la moitié d'entre eux (47%) ont reçu un enseignement secondaire. Seulement 1% déclare avoir une formation de niveau supérieur. 46,2% des UD sont au chômage, et 42,3% de salariés. Le chômage touche plus les UD à Sao Vicente et Sal (plus de 50% sont au chômage). Le poids de l'immigration dans cette communauté UD est peu important avec 2,3% d'étrangers/double nationalités pour 89,5% de nationaux.

La drogue la plus fréquemment utilisée à la première expérience (96% des cas) est le cannabis (padjinha). Les plus grands pourcentages de consommateurs de cocaïne ont été trouvés à Praia (49%) et à Sao Vicente (38%) qui sont de grandes villes. Même si les effectifs sont peu importants, il est intéressant de constater que, dans des lieux beaucoup plus petits on peut trouver des nombres importants de consommateurs de cocaïne comme à Sal, Santa Cruz et Santa Catarina. Enfin, les autres produits solvants et les produits à inhaler, amphétamines, hallucinogènes, sédatifs et autres sont consommés par 2% des usagers, surtout à Sal. Fumer la drogue est le mode de consommation le plus fréquent (94%) suivi de l'inhalation (32%). Seulement 0,9% des UD ont rapporté s'injecter la drogue soit seulement 8 cas.

Principaux déterminants de risques et vulnérabilité parmi les UD

Bien qu'un nombre infime d'usagers soient rapportés être des injecteurs au Cap Vert, les données montrent l'existence d'une corrélation entre la consommation de drogue et les comportements sexuels à risque. Ces résultats montrent clairement que la drogue opère en tant que déterminant du risque mais le très faible effectif d'injecteur de drogue ne permet pas de considérer l'usage de drogue comme un facteur direct de la transmission du VIH. En revanche, les données suggèrent une forte interaction entre la consommation de drogue et les autres déterminants de l'exposition accrue au VIH et en particulier une association avec le travail du sexe et l'environnement social du sexe commercial.

2.4 Analyse de la réponse au VIH pour la période 2011-2015 au Cap Vert

2.4.1 Gestion de l'information stratégique

Le Secrétariat Exécutif du CCS-Sida recueille l'ensemble des données stratégiques disponibles sur la riposte au VIH et possède une excellente connaissance du suivi et des carences programmatiques du fait qu'en assurant régulièrement la production de rapport de progrès. En outre plusieurs études bio-comportementales sur les populations-clés et une étude sur la population générale ont été menées. Deux études ont été menées sur

les travailleurs du sexe durant le cycle programmatique 2011- 2015. En 2013 également, une étude sur les HSH et une autre sur les UD ont également été menées, témoignant de l'intérêt du pays à mettre le programme à l'échelle sur la base de l'évidence scientifique. Toutefois, de façon générale, le système d'enregistrement des données au niveau des formations sanitaires connaît quelques difficultés et retard dans la mise à disposition des données factuelles. De son côté, le bureau des Nations Unies tente de réunir l'ensemble des informations sanitaires pour consolider la base de données nationales mais la tâche semble complexe. A ce jour, aucun identifiant qui permettrait de désagréger les données par types de populations-clés n'a été défini dans les registres ce qui rend difficile l'évaluation de la fréquentation des différents services par ceux-ci. Le programme prévoyait également de poursuivre les activités de surveillance sentinelle dans la population générale mais arguant du fait de la bonne couverture PTME, celle-ci n'a pas été mise en œuvre depuis 2009. Une étude sur la pharmaco-résistance semble utile pour vérifier si les 2,5% de patients sous ARV qui décèdent n'ont pas développé une résistance au traitement mais, à ce jour, les laboratoires ne sont pas équipés pour tester la pharmaco-résistance. Parmi les besoins non-couverts au Cap Vert, constatons également l'absence d'études sur les modes de transmission (MoT).

Aussi, un renforcement du système d'information sanitaire est nécessaire notamment en simplifiant les interfaces pour l'enregistrement des données du 1er échelon sanitaire et également en renforçant les capacités en matière de gestion et de traitement des données au niveau centralisé. De gros efforts sont également nécessaires pour appuyer la société civile en matière de suivi et évaluation. Dans tous les cas des stratégies devraient être développées pour intégrer un identifiant pour les populations-clés afin d'évaluer les capacités des différents services à toucher ces populations. Enfin, des efforts cruciaux doivent être faits pour que les résultats du suivi et évaluation soit restitués aux acteurs de première ligne de façon à leur permettre de revoir leur stratégie.

2.4.2 Prévention de la transmission du VIH

Prévention dans la population générale

Les écoles du Cap-Vert, ont été impliquées dans la lutte contre le VIH, par l'introduction d'un module sur le VIH-SIDA dans les programmes scolaires et la participation des écoles à la célébration de la journée mondiale de lutte le SIDA. L'objectif poursuivi était d'assurer un bon accès à l'information et à tous les moyens de prévention. De 2011 à 2015, dans le cadre du programme de prévention scolaire, 617 étudiants ont été formés en compétences sociales en tant que pairs-éducateurs et 30.000 jeunes adolescents scolarisés ont été atteints par l'IEC de proximité.

Les diverses campagnes ont également été autant d'occasion pour proposer un conseil et dépistage gratuit « on-the-spot », grâce aux unités de dépistage mobiles mis à disposition par l'association VERDEFAM, ainsi que pour le marketing social du préservatif. Les données de monitoring du CCS-Sida indiquent que, dans la population générale, 18000 personnes sont estimées avoir été touchées par les activités d'IEC. Depuis 2010, en tout 1160 personnes, jeunes adultes et agents communautaires ont été formés à l'éducation par les pairs pour assurer l'IEC au niveau des communautés. Chez les jeunes les plus à risque cependant, seulement 4163 jeunes non scolarisés ont été touchés et 500 enfants des rues ont également été sensibilisés par l'IEC dans 6 centres d'accueil.

En direction de la population générale, des programmes de radio et spots télévisés ont été réalisés et dans les grands festivals du pays des campagnes de dépistage et de l'IEC ont été menés.

Prévention en direction des TS

Sur l'ensemble des TS ayant participé à l'étude de 2013 (ESCS), 69% d'entre elles connaissaient les 2 moyens de prévention (préservatif/fidélité) ce qui représente une amélioration de presque 10% par rapport à 2011 et un dépassement de 9% de la cible attendue en 2013. Néanmoins, seulement, 38% d'entre elles savaient qu'une personne d'apparence en bonne santé peut être infectée et ont rejeté les 2 croyances erronées sur le sida en 2013. De 2011 à 2013, cette mauvaise connaissance du sida s'est encore aggravée avec une diminution de 10% de celles qui avaient une connaissance exacte par rapport à 2011. Il est possible que cette situation soit liée au changement de profil des TS. En 2013, les meilleurs taux de connaissance ont été trouvés à Sao Vicente (48%) et à Sal (41%) et il n'y avait pas de grandes différences entre les groupes d'âge.

Prévention en direction des HSH

Concernant, les connaissances des moyens appropriés de prévention chez les HSH, l'étude ESCS 2013 montre que 90% d'entre eux savent que l'utilisation du préservatif à chaque rapport sexuel, peut réduire le risque de transmission du VIH. 78% des HSH rapportent le fait d'être fidèle à un seul partenaire non-infecté comme un moyen de prévention et 85% d'entre eux rapportent que l'abstinence peut empêcher la transmission du VIH. À propos des croyances, 72% des HSH savent qu'une personne en bonne santé peut être infectée et rejettent les deux croyances erronées. Plus de la moitié d'entre eux (54%) avaient une connaissance complète du VIH, englobant simultanément connaissance des manières correctes de prévention du VIH et le rejet de toutes les croyances erronées.

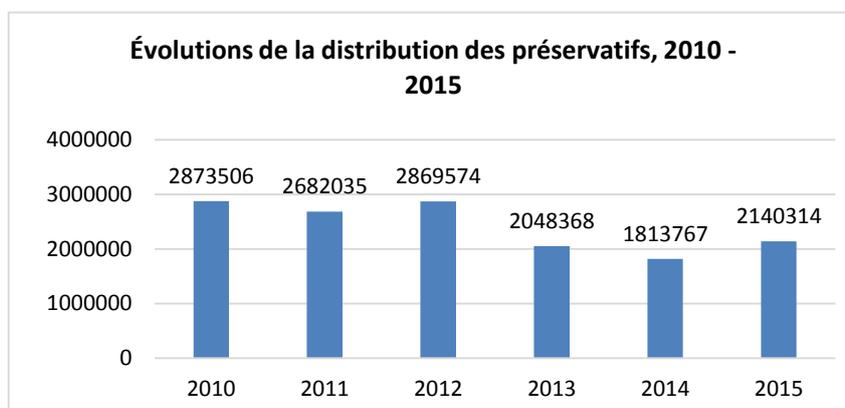
Prévention en direction des UD

Les données de l'étude ESCS 2013 révèlent que 83% des UD savent que l'utilisation régulière du préservatif à chaque relation sexuelle protège du VIH (74% à Santa Cruz); 81% rapportent qu'une relation avec un partenaire fidèle et non infecté est également protectrice et 65% l'abstinence de toute relation. Cependant la comparaison des données de 2011 et 2012 ne montre pas d'accroissement remarquable des pourcentages de la connaissance de l'utilisation régulière du préservatif comme moyen de prévention chez les UD. Concernant la connaissance du sida, seulement 64% des UD savent qu'une personne en bonne santé peut être infectée par le VIH et un pourcentage très faible d'entre eux ont rejeté le fait que le virus se transmet par les moustiques. Ce dernier résultat semble indiquer une faible exposition de cette population à l'IEC. Enfin, les pourcentages de ceux qui savent qu'une personne en bonne santé peut être infectée et qui rejettent les deux croyances erronées, ainsi que celui de ceux qui ont une connaissance complète de l'épidémie sont très faible, avec respectivement 29% et 24% des UD. Les plus faibles niveaux de connaissance de ces variables ont été trouvés chez les plus de 35 ans et les plus hauts chez les 20-29 ans. Praia est particulièrement mal lotie à ce sujet, avec 19% contre 53% à Sao Vicente. On constate également une meilleure connaissance chez les femmes (47%) que chez les hommes (28%).

Accès aux préservatifs

La mise à disposition des préservatifs s'est faite à travers les structures de santé et les autres partenaires de la société civile (rapports de différentes institutions, 2013). En 2011, l'ICIEG a également lancé une campagne de promotion du préservatif féminin, cependant, la connaissance de ce moyen et la disponibilité (0,2%) de ce type de préservatif n'est pas encore très répandue et la demande reste faible.

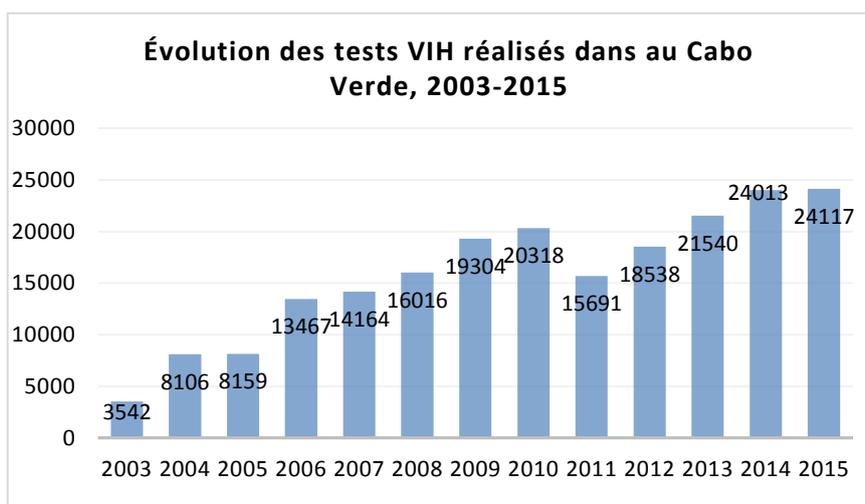
Au cours de différentes activités et sous la coordination du CCS-Sida et de la Plateforme des ONG, en moyenne, 2.000.000 de préservatifs ont été distribués chaque année par des structures de santé et autres partenaires de la société civile. Ce nombre insuffisant est expliqué à cause d'une pré-rupture de stock dû au manque de ressources.



Conseil et dépistage volontaire (CDV)

Le conseil et dépistage est accessible dans toutes les municipalités au niveau de la Délégation de la Santé ainsi que dans certaines ONG. La décentralisation de celui-ci vers les Centres de Santé et les Unités SSR est actuellement en cours de mise en œuvre et un manuel CDV a été produit. De nombreux agents du ministère de la Santé et des ONG ont été formés au CDV et à la PTME, aux diverses techniques de dépistage et de confirmation (Western Blot et Eliza). Le test rapide a également été mis à disposition dans les DS et, depuis peu, dans certains CS et de SSR. Depuis 2008, les services CDV ont également été renforcés grâce aux centres "CIN- santé" de VERDEFAM dans les villes de Praia, Mindelo, Tarrafal, Sao Filipe (Fogo) et Esparagos (Sal). Enfin, 3 unités de dépistage mobiles sont également mises à disposition par VERDEFAM, ce qui améliore la proximité avec la communauté et rencontre une très bonne adhésion dans la population.

En 2015, ce sont 24117 personnes qui ont été dépistées au VIH et reçu leurs résultats dont 20491 personnes dans les structures de santé et 3626 dans les postes mobiles de l'ONG Verdefam.



Offre de conseil et dépistage volontaire aux TS

Entre 2012 et 2015, le nombre absolu de travailleurs du sexe ayant été dépistés et reçu leurs résultats est passé de 157 à 740. Au cours de l'étude ESCS de 2013, 77% des TS avaient déjà fait le test. En 2013, 31% des TS avaient fait le test et reçu leurs résultats dans les 12 derniers mois, contre seulement 28,5% en 2011. Ceci est en dessous des résultats attendus pour 2015 (95%). Ce faible taux de dépistage chez les TS est particulièrement préoccupant pour cette population qui est régulièrement exposée au risque d'infection. Ceci en particulier chez les moins de 25 ans ou moins d'un quart des TS avaient fait le test et reçu le résultat au cours de l'année 2013.

Offre de conseil et dépistage volontaire aux HSH

Chez les HSH, seulement 61% des participants de l'étude ESCS 2013 savaient ou se faire dépister et fait le dépistage au moins une fois. Un taux similaire d'entre eux (58%) avaient reçu leur résultat, mais au cours des 12 derniers mois, ce taux diminue fortement avec seulement 32% de HSH dépistés et ayant reçu leur résultat. Ici encore les taux les plus faibles (<28%) ont été notés chez les moins de 25 ans. Le taux était également inférieur chez ceux n'ayant reçu qu'une éducation primaire. Les plus de 25 ans étaient plus nombreux (38%) à avoir été dépistés et reçus leurs résultats ce qui reflète partiellement le fait qu'ils ont disposé d'un plus long temps de vie pour être informé et se décider. Tous les HSH interrogés avaient déjà entendu parler des IST.

Offre de conseil et dépistage volontaire aux UD : En 2013, 41% des UD déclarent avoir déjà fait le test et reçu leur résultat contre seulement 33% en 2011. La même tendance s'observe chez ceux qui se sont fait dépister et ont reçu leur résultat au cours des 12 derniers mois avec une augmentation de 4% par rapport à 2011, même si le taux reste très faible avec 18% seulement. La meilleure adhésion au dépistage est observée à Sao Vicente avec 61% des cas et la plus faible à Sal avec seulement 24% des cas. La situation générale dans les différentes municipalités est également inquiétante.

Sécurité transfusionnelle

Dès l'apparition du premier cas en 1986, l'attention du PNLS s'est portée sur la sécurité transfusionnelle et la promotion du don de sang volontaire. Une politique de gestion du sang dans le pays a été définie et approuvée par le ministère de la Santé. L'objectif poursuivi dès le départ était d'assurer un niveau de sécurité transfusionnelle de 100% sur le sang prélevé, celui-ci devant être testé pour le VIH, l'hépatite B et C et la syphilis. A cet effet, les services de la Banque de sang ont été renforcés de 2 à 5 unités et des ressources humaines supplémentaires ont été formées permettant d'atteindre cet objectif. Plusieurs campagnes de don de sang ont été menées, ce qui a conduit à une augmentation progressive du nombre de donateurs. Des clubs de donateurs ont même été créés sur certaines îles. En 2012, le rapport du PNST indique que 3313 don de sang ont été effectués dans les cinq structures du pays. De l'ensemble des dons de sang, 85,8% représente le don volontaire et 14,2% le don familial fidélicisé.

Prise en charge des IST

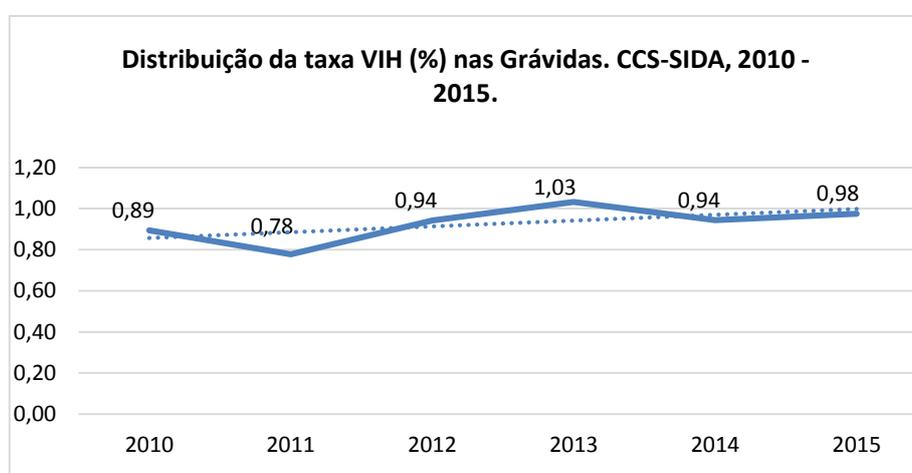
De 2011 à 2015, la prophylaxie et la prise en charge des IST a été renforcée par l'amélioration des compétences des prestataires de soins et par la promotion de l'approche syndromique, au niveau de tous les services de dépistage actif des IST. Toutes les DS de la Santé (22) disposent aujourd'hui de services de consultation et de consultation pour les IST. Grâce à l'appui des unités mobiles de VERDEFAM, le dépistage des IST est

également réalisé en stratégie avancée. En 2012, 7% des femmes et des 6% des hommes ont déclaré avoir des symptômes d'IST et 75% de ces femmes et 65% de ces hommes, déclarent avoir cherché un traitement dans les structures sanitaires (APIS 2012). Concernant la prise en charge, le rapport du PLS indique que pour l'année 2015, 7354 cas d'IST ont été diagnostiqués et traités selon les normes nationales, dont 7098 cas d'écoulements, 108 cas de ulcerations genitales, 82 végétation vénereas et 66 cas de syphilis. Toutefois, des ruptures de stock ponctuelles ont été rapportées pour les kits de traitement IST en raison de retards de décaissement au niveau des bailleurs de fonds et également pour les réactifs pour le diagnostic des hépatites B et C. La mise en place d'un stock tampon pour suppléer aux ruptures de stocks est recommandée.

Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME)

Le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a été mis en œuvre dès 2005 avec la création des services PTME au niveau des CPN et des Centre SSR. Le personnel de soins a également été formé pour le traitement et le suivi des femmes enceintes et des enfants. Les femmes enceintes séropositives sont suivies jusqu'à l'accouchement en suivant le protocole existant.

La prevalence de VIH reste moins de 1% de 2010 au 2015 selon les données disponibles.

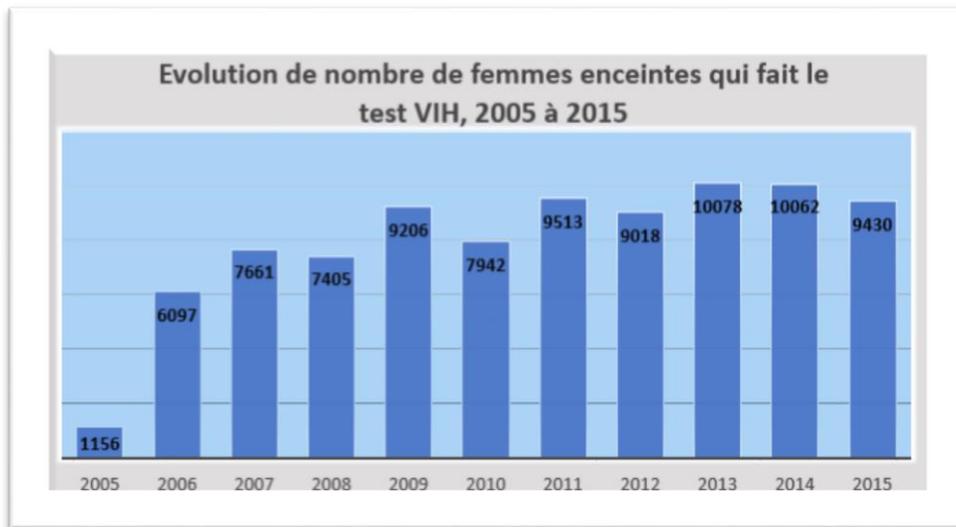


Fonte: Relatório do PNLS

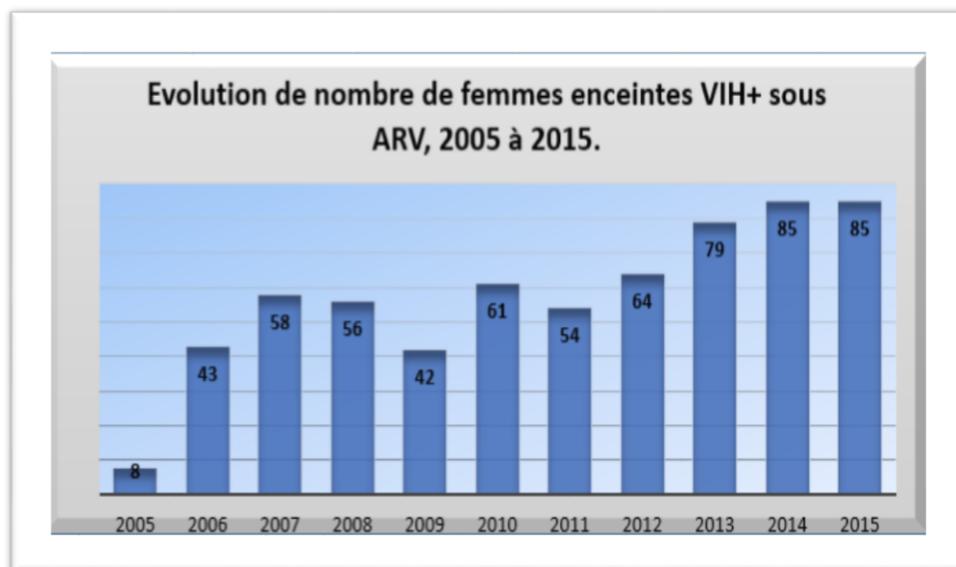
Parmi les cas de femmes enceintes séropositives qui arrivent au CPN entre 2010 et 2015, on note que la proportion moyenne de femmes enceintes séropositives nouvellement infectées est de 27% contre 73% de femmes enceintes déjà connues. Les enfants nés de mères séropositives sont également suivis, au moins jusqu'à 18 mois en attendant la confirmation de leur statut sérologique et la décision du type de suivi à fournir.

L'allaitement artificiel exclusif est celui qui est recommandé, et le nombre d'enfants dont les mères sont sous traitement étant faible, cette stratégie est faisable et bénéficie du soutien de Cap Vert Télécom qui a financé les besoins en lait artificiel le cas échéant.

Le taux de dépistage des femmes enceintes au cours de la période 2005-2015 a connu une amélioration constante, assurant une couverture de plus de 96% des femmes enceintes qui viennent en consultation prénatale (CPN) ayant fait un test de VIH et recevant leurs résultats.



En 2015, il est attendu avoir 10388 femmes enceintes dans les services prénatals. La couverture des femmes enceintes avec la thérapie antirétrovirale pour réduire le risque de transmission mère à l'enfant est de 100% pour toutes les femmes séropositives qui arrivent à la consultation prénatale.



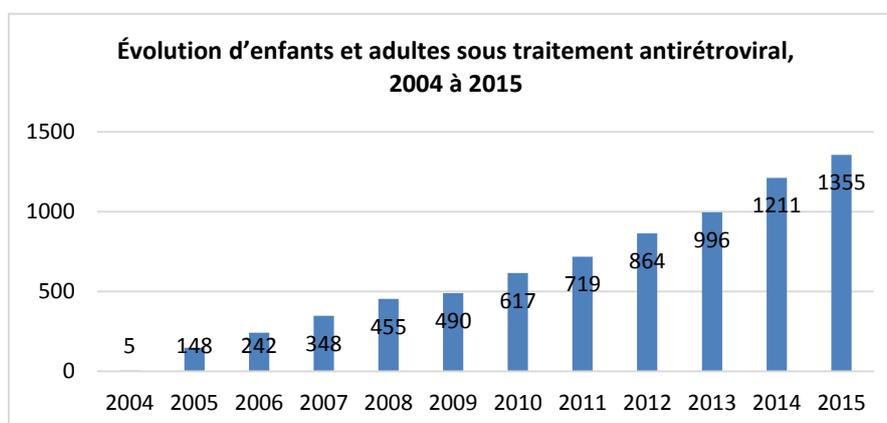
Néanmoins, l'implication des conjoints et des partenaires dans la PTME reste le grand point faible de la stratégie. Une stratégie pourrait être pilotée qui consiste à mener une campagne générale « pères-responsables » visant à encourager les hommes/conjoints à accompagner la grossesse de leur femme dès la CPN, avec pour objectif d'accroître le nombre de conjoints et partenaires à participer à la PTME comme effet induit de cet accompagnement de la grossesse.

Prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH

Selon la politique nationale, seules les Délégations de Santé disposant d'un médecin formé à la prescription des ARV peuvent offrir des services de soins et d'appui en matière de VIH aux personnes atteintes. En 2015, le nombre d'établissements offrant les soins et appui en matière de VIH était de 17 structures, y compris pour les soins pédiatriques.

Pour assurer l'accès à des soins de qualité, le document de normes et protocoles de PEC médicale des PvVIH élaboré en 2004 et révisé une première fois en 2009 est actuellement en révision pour être adapté aux connaissances nouvelles et à l'évolution des normes internationales. Ce document normatif est mis à la disposition de tous les établissements qui offrent les services de soins et appui en matière de VIH, c'est à dire les Délégations de Santé et les Hôpitaux Régionaux. En principe, tous les types de soins (traitement ARV, prophylaxie des IO au cotrimoxazole, traitement des infections opportunistes, soins palliatifs) sont offerts dans les 22 établissements offrant les soins aux PvVIH. Depuis 2004, la gratuité des médicaments ARV est effective partout et les ARV sont délivrés à partir de 350 CD4.

De 2004 au 2015, selon les données disponibles, dans les structures régionales de traitement, 2300 (988 hommes, 1312 femmes) patients vivant avec le VIH sont suivis dans les sites de prise en charge du VIH. Parmi lesquels 1355 sous traitement antirétroviral dont 1290 adultes et 65 enfants.



Parmi ces 1355 patients 593 sont de sexe masculin et 762 sont de sexe féminin. Selon les données disponibles 96,6% des patients sous traitement ARV sont en rétention 12 mois après le démarrage du traitement. Ce résultat représente une augmentation de 6,4% par rapport à 2011.

La couverture du traitement ARV au Cabo Verde parmi les patients éligibles, a augmenté de 2011 à 2015, passant de 73% à 90% chez les adultes et de 69% à plus de 95% chez les enfants.

Toutefois la couverture parmi, toutes les patients estimés selon les dernières projections Spectrum 2015, est de 32%.

Les cas des décès chez les patients en traitement ont baissé d'année en année, passant de 27 cas en 2013 et 19 cas en 2015.

Le comptage des CD4 est exclusivement réalisé dans les 2 hôpitaux centraux qui disposent des machines et celui de la charge virale est réalisé dans l'hôpital Central de Praia. Les difficultés de transport des échantillons et le manque d'implication des prestataires de soins autres que les points focaux sida peuvent être relevées. L'une des explications pour cette faible implication semble être liée aux préjugés des prestataires à l'encontre des PvVIH, ce qui appelle à un renforcement de la sensibilisation de ceux-ci, voire à la mise en place de formations à une approche mieux intégrée du VIH dans les structures sanitaires. Des craintes sont également exprimées concernant l'existence possible de résistance aux ARV alors que le pays ne possède pas les capacités de laboratoire pour l'étude de la pharmaco-résistance

La mise en place du soutien psychosocial a été considérée comme une priorité par le programme et est disponible dans toutes les Délégations de la santé, via des psychologues et des infirmières, travailleurs sociaux et autres professionnels formés. Dans le cadre de ce soutien, diverses contributions ont été assurées par diverses organisations de la société civile (Morabi, VERDEFAM, la Croix-Rouge, l'OMCV). Ce soutien comprenait l'appui alimentaire aux PVVIH, des interventions pour le paiement des soins médicaux et des médicaments pour les indigents ainsi que le micro- crédit, les AGR (en moyenne 257 PvVIH bénéficiaires par an) et le soutien à la formation professionnelle. L'appui nutritionnel a été assuré au cours de l'année 2015 dans 20 municipalités sur 22. La plupart des bénéficiaires sont des adultes (92%), principalement des femmes (70%), et 8% sont des enfants. Concernant les AGR, si ces activités devaient être poursuivies, ce devrait être conçu en partenariat des entreprises privées et aligné avec le plan de réduction de la pauvreté. L'appui à ce type d'activités Des actions visant à assurer l'insertion professionnelles des PvVIH dans les entreprises du pays sont également recommandées. Néanmoins, la réponse dans ce domaine est encore insuffisante et doit être renforcée pour améliorer l'accès aux soins de longue durée pour les personnes infectées et affectées, conformément aux normes internationales.

S'agissant des OEV, selon le rapport de la plateforme des ONG, 528 OEV ont bénéficié du soutien scolaire (305 orphelins et 223 enfants en situation de vulnérabilité).

Concernant les perdus de vue, les données montrent qu'ils sont en diminution (4% en 2011 et moins de 2% en 2013). Toutefois, un obstacle concerne la faible valorisation des rôles non-médicaux de la prise en charge par le monde médical. Les assistants psychosociaux (APS), par exemple, sont peu valorisés par leurs collègues prestataires de soins et souvent amenés à devoir réduire leur contribution à un travail d'explication d'un protocole dans une perspective strictement paramédicale. Cette compréhension du rôle des APS empêche leur travail véritablement clinique avec les PvVIH. Des formations pour les APS et la sensibilisation des prestataires de soins aux dimensions non-médicales de la prise en charge du VIH sont nécessaires. Il est également nécessaire que les assistants sociaux sortent de cette perspective paramédicale et soit formés à la médiation sociale notamment dans le cadre d'un renforcement hautement nécessaire des visites à domicile, de l'appui à l'observance du traitement, de la recherche des perdus-de-vue et d'enquêtes sociales permettant d'identifier les indigents.

2.4.3 Promotion d'un environnement favorable

Pendant l'étude exploratoire de 2015, les réseaux de PvVIH ont rapporté être encore fortement stigmatisés si la famille, les amis, les voisins, venaient à découvrir leur statut sérologique. Cette situation diffère d'un site à l'autre, notamment en fonction de l'étroitesse relative dans laquelle s'exercent les liens sociaux. A Sal, par exemple, l'île étant toute petite et tout le monde se connaissant, les PvVIH ne conçoivent même pas de participer au réseau REDE en créant une association de PvVIH. Dans le reste du pays, à ce jour, aucun PvVIH n'ose s'exprimer à visage découvert. Cette peur face à la discrimination doit être nécessairement mise en relation avec la posture morale, peut-être même stratégique, de la part de leaders communautaires.

En 2015, l'étude sur la construction de l'indice de l'estigma et discrimination a été menée, et confirme que l'estigma interne est plus de 90% parmi les seropositives et que la confiance par rapport à des professionnelles de santé et de la prise en charge est supérieure à 90%.

Le contexte lié au rejet de certains comportements tels que ceux attribués au HSH, aux UD ou aux TS, les pesanteurs morales ne facilitent donc pas le changement de mentalité nécessaire à la prévention, à l'accès au traitement et à la mise en œuvre de la loi N° 19/VII/2007, réglementant la prévention, contrôle et le traitement de VIH et du cadre stratégique de protection des droits humains. Les indicateurs d'impact des études ESCS 2011-2013, montrent très peu d'évolution entre 2009 et 2012, concernant les attitudes à l'égard des PvVIH. En effet, seulement 22% des femmes de 15 à 49 ans ont exprimé les 4 attitudes d'acceptation des PvVIH en 2009 et 31% en 2012, ce qui montre une amélioration de seulement 9%. Chez les hommes, celle-ci est encore moins encourageante avec seulement 4% d'amélioration (de 27% à 31%).

Participation de la société civile : principales réalisations

La part décentralisée des activités auprès de la société civile est désormais confiée à la Plateforme des ONG qui assure la coordination des interventions pilotées par les organisations de la société civile, les OBC, les ONG et les associations. Grâce aux efforts de cette Plateforme, de très nombreuses organisations de la société civile, tant du niveau national que local, se sont investies dans la mobilisation sociale, l'IEC et la distribution des préservatifs, notamment pendant les grandes campagnes de dépistage volontaire et les activités d'IEC au niveau communautaire. D'importantes contributions ont également été assurées par les organisations à base communautaires et les ONG en matière d'appui psychosocial pour les PvVIH et leurs familles, d'appui aux OEV notamment via des ONG travaillant dans le domaine de l'enfance, de la femme et de la famille. Des appuis pour l'amélioration des logements des PVVIH et leur implication dans des activités génératrices de revenus (AGR) ont également été rapportées. En dehors de ces activités de sensibilisation et de soutien, les ONG ont également participé aux séances de formation, aux foires sur la santé, à la formation des pairs éducateurs à la mobilisation sociale, au CDV et aux soins intégrés. De même, plusieurs supervisions de ces activités de terrain (149) ont été menées entre 2012 et 2013 par la Plateforme de la société civile. L'association MORABI, l'Association VERDEFAM, la Croix-Rouge, la Fondation Cap-Verdienne de Solidarité, la radio communautaire de Santa Cruz, le réseau du ruban blanc du Cap-Vert sont les principales organisations de la société civile qui participent activement à la réponse nationale face au VIH. Enfin, trois organisations (CCD-Grancias, le Centre thérapeutique de Granja et Tenda El Shaddaï) sont investies dans la prise en charge des UD.

2.4.4 Gouvernance et mobilisation des ressources

Depuis la mise en œuvre de celles-ci de nouveaux défis ont pu être d'identifiés par diverses études, témoignant du souci du Programme National de respecter le principe de scientificité des programmes. Le PSN 2011-2015 a été financé à concurrence de 12,578,727 dans le cadre du round 8 du Fonds Mondial et des fonds nationaux, Ce financement est géré séparément par deux Bénéficiaire Principaux du Fonds Mondial, l'un pour le secteur public représenté par le Ministère de la Santé, l'autre pour la société civile représentée par la Plateforme des ONG du Cap Vert.

2.5 Recommandations générales de la revue et détermination des priorités

Les conclusions de la revue du PSN 2011-2015 indiquent que des progrès ont été réalisés de façon constante dans plusieurs domaines (prévention, traitement, réduction de l'impact socio-économique et Gouvernance). L'analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH au Cap Vert a montré des succès dans le secteur de la santé, en particulier la mise à disposition de services dans de CDV et TARV et de l'appui psychosocial. Les résultats de l'eTME sont très satisfaisants grâce à l'implication de tous les acteurs et l'intégration des services de SSR dans les CPN. Cela souligne de l'importance de la consolidation des acquis tout en renforçant la qualité des interventions. La contribution du Gouvernement du Cap Vert à côté de l'appui du Fonds Mondial et de l'appui techniques des partenaires des Nations Unies a été déterminante pour l'atteinte des résultats. Cette analyse de la réponse bien que souvent qualitative nous donne une tendance de ce qui a été fait, mais les mécanismes de rapportage nécessaire et de circuit des données du secteur public et du secteur communautaire ont des limites à une appréciation précise des indicateurs de progrès.

La revue du PSN 2011-2015 formule des recommandations et interventions prioritaires pour le prochain PSN dans les domaines principaux suivants :

Accroître la participation financière de l'Etat pour assurer une durabilité à la réponse nationale qui reste encore dépendante de l'aide extérieure. Cet engagement pourrait être complémentaire entre l'aide extérieur et le partage des coûts par différents ministères et le secteur privé selon l'approche des synergies entre les secteurs de développement dans le cadre de la responsabilité partagée. Aussi un plan de mobilisation des ressources avec une phase de transition pour déterminer des allocations budgétaires domestiques et internationales permettant la couverture des besoins du Plan stratégique national de lutte contre le VIH-sida 2017-2020.

Renforcer la prise en charge globale des PVVIH adultes et enfants selon une approche holistique, en améliorant la qualité des services médicaux et de suivi biologique et virologique.

Renforcer le continuum de soins aux PVVIH adultes et enfants à travers la mise en place d'un dispositif d'accompagnement psychologique et socio-économique. Ce dispositif définira le paquet de services comprenant des prestations sur les aspects de suivi de l'observance et l'éducation thérapeutique du patient afin d'améliorer la rétention dans les soins et faciliter l'accès des populations clés.

Renforcer les interventions auprès des populations clés (HSH, TS, UD) y compris les détenus et autres groupes vulnérables (migrants, conducteurs de bus, des clients des TS), et notamment les adolescents et les jeunes dont certains sont issus des populations clés. Ce renforcement passe par la définition d'un paquet cohérent de services consigné

dans une politique nationale de prévention combinée (CCC, mise à disposition des préservatifs, accroître la connaissance du statut sérologique, accompagnement du dépistage vers les soins, respects des droits humain...). Il s'agit également de renforcer le système de référence et de contre référence pour les populations clés. Pour la mise en œuvre de cette politique mettre en place un groupe technique de suivi des interventions.

Renforcer l'eTME pour préserver les acquis actuels et la durabilité des résultats auprès des femmes enceintes qui constituent une cible prioritaire. Concevoir une stratégie innovante pour l'implication des hommes/conjoints dans la PTME.

Renforcer les capacités des ONG pour accroître le partenariat dans le cadre de la réponse nationale.

Renforcer le leadership national à travers le Suivi Évaluation et une meilleure coordination de tous les acteurs nationaux (Ministères et communautaires) et partenaires des Nations Unies/FM impliqués dans la lutte contre le sida au Cap Vert. Renforcer les informations stratégiques sur les principales Iles du Cap Vert et réaliser une étude MoT.

Soutenir la création d'un environnement favorable, mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation des droits humains, avec un système d'alerte assuré par les associations et les communautaires.

Prévoir une assistance technique pour la mise en œuvre du prochain PSN, en partenariat avec les agences des Nations Unies, le Dispositif d'appui technique de l'ONUSIDA (DAT/AOC) Expertise France et autres fournisseurs de l'AT.

Chapitre 3: Plan Stratégique National IST/VIH 2017-2020

3.1 Vision stratégique de la réponse nationale au VIH-SIDA au Cap Vert, à l'horizon 2020

La vision stratégique du Cap vert s'inscrit **dans l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien pour mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030.** Toutes les parties prenantes à savoir les autorités nationales au plus haut niveau, les professionnels de santé et les acteurs communautaires de la lutte contre le VIH au Cap Vert sont impliquées pour permettre à la population cap verdienne, en particulier les populations les plus exposées au risque d'accéder aux connaissances et aux compétences pour se protéger. Le plan stratégique national 2017-2020 vise la réduction des nouvelles infections parmi les adultes, les adolescents, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la réduction de la mortalité liée au VIH, le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH, la lutte contre toutes les formes de discrimination ainsi que le renforcement de la gouvernance pour une réponse nationale efficace. L'investissement des ressources nationales et internationales est orienté sur le financement durable pour une riposte efficace, à travers des interventions cohérentes, complémentaires aboutissant à des résultats concrets en termes d'impacts et d'effets, dans la perspective de 2030.

Cette vision stratégique PSN 2017-2020 se réfère à l'atteinte des nouvelles cibles de l'accès universel au traitement ARV en Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC). Elle s'appuie sur (i) L'adhésion du Cap Vert à la Déclaration Politique sur le VIH/sida « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida », adoptée suite à la réunion de Haut Niveau en juin 2011 à New York, renouvelée en juin 2016 à New York à l'occasion de la réunion de Haut niveau(HLM), (ii) les avancées scientifiques relatives à l'intérêt et aux bénéfices thérapeutiques de l'initiation précoce du traitement ARV « Traitement pour Tous » ; (iii) les nouvelles directives consolidées de l'OMS, ainsi (iv) le financement dans le cadre du nouveau modèle du Fonds mondial.

Valeurs et principes du Plan Stratégique National 2017-2020

L'élaboration du PSN 2017-2020 se fonde sur des principes internationaux et nationaux. Ces principes directeurs constituent les référentiels entre toutes les parties prenantes pour la conception, la mise en œuvre, la coordination et le suivi et l'évaluation du présent Plan Stratégique.

Cohérence du PSN 2017-2020 avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui visent : à enrayer l'épidémie de sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles d'ici 2030. Il s'agit d'assurer une couverture maladie universelle et une synergie avec les secteurs sociaux à travers la mise en œuvre de mécanismes innovants.

Les « Trois principes » sont un cadre d'action commun pour assurer une gouvernance et une coordination efficace, une mobilisation des financements avec une gestion efficiente, un cadre national de suivi et d'évaluation prenant en compte toutes les parties prenantes : Secteurs publics et ministères, secteur privé, société civile, communauté des PVVIH, représentants des populations clés apportent leur part de contribution à la réponse nationale au VIH.

Le respect et la protection des droits humains ainsi que les aspects genre qui seront intégrés dans les différentes dimensions de la réponse nationale en tenant compte systématiquement des droits humains et du genre dans tous les aspects du développement des politiques et programmes institutionnels et associatifs. Il s'agit de respecter les droits fondamentaux de la constitution de la République du Cap Vert.

La participation et l'implication des diverses parties prenantes dans les différentes phases de planification, de la conception, à la mise en œuvre et au suivi et l'évaluation des programmes et des interventions.

La décentralisation de l'offre de prévention, de soins et de soutien qui favorise une réponse nationale plus appropriée au contexte insulaire du Cap Vert afin répondre aux besoins spécifiques des populations sur toutes les îles.

Vision systémique qui intègre la réponse nationale du VIH dans un système de santé (RSS) renforcé

Les populations prioritaires dans la mise en œuvre du PSN 2017-2020 sont :

Populations prioritaires	Facteurs de vulnérabilité et de de risque
Les PVVIH, femmes, hommes et enfants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vulnérabilité sociale ▪ Situation d'auto-exclusion. ▪ Connaissance tardive du statut sérologique. ▪ Nombre élevé de perdus de vue ▪ Stigmatisation et discrimination ▪ Difficultés d'accès aux soins, discontinuité de l'accompagnement psychologique et social
Les femmes enceintes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de transmission de la mère à l'enfant < 3% ▪ Vulnérabilité sociale ▪ Faiblesse de la participation du conjoint ▪ Discontinuité du suivi post natal de la mère et de l'enfant
Les hommes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance tardive du statut sérologique ▪ Faible accès aux soins ▪ Déni par rapport au VIH par crainte de la stigmatisation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévalence élevée de 7.7% ▪ Disparités dans l'accès à la prévention et aux soins.

Les Travailleuses du Sexe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible niveau d’instruction et absence de protection sociale, juridique. ▪ Stigmatisation et violences sociales et sexuelles. ▪ Faibles capacités de négociation des rapports protégés aboutissant à une utilisation irrégulière du préservatif.
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les Hommes ayant les rapports Sexuels dont la taille n’est pas exactement connue ont une prévalence de 15% avec des facteurs de risques élevés. ▪ Marginalisation sociale. ▪ Faible accès aux services de prévention et de prise en charge. ▪ Faible connaissance du statut sérologique. ▪ Multi partenariat sexuel, rapports sexuels non protégés, faible utilisation du préservatif, faible conscience du risque du VIH et VHB.
Usagers de Drogues	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévalence élevée d’environ UD – 3.9% ▪ Marginalisation sociale ▪ Discrimination et stigmatisation dans les lieux des soins. ▪ Méconnaissance de la population des UDI. Faible accès aux services ▪ Faible connaissance du statut sérologique VIH/VHB et le VHC. ▪ Faible accès aux services de réduction des risques (RdR). ▪ Prise de risques sexuels avec l’usage de drogues ▪ Prise de risques du VIH et des hépatites virales VHB/VHC.
Les populations carcérales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promiscuité, absence d’accès aux services de prévention et de soins. ▪ Absence d’accès aux messages préventifs et au préservatif.
Les adolescent(e)s jeunes femmes et jeunes hommes de 10 à 24 ans (en contexte de vulnérabilité au VIH)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportement à risque caractérisé par (i) Rapports sexuels précoces, rapports sexuels non protégés, partenaires multiples, (ii) l’écart d’âge élevé entre les filles et leurs partenaires sexuels, (iii) la multiplicité des partenaires sexuels, (iv) la pratique de la prostitution aussi bien par les jeunes filles et les jeunes garçons, L’exposition croissante aux violences sexuelles et aux violences basées sur le genre. ▪ Faible utilisation des services de santé y compris de prévention et de prise en charge les IST et VIH/sida ▪ Faiblesse de l’offre de service spécifique aux jeunes
La population handicapé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible accès aux services de prévention et de soins. ▪ Insuffisance des interventions de prévention spécifique et adaptée. ▪ Obstacles à l’accès à la prévention et aux soins. ▪ Faible connaissance du statut sérologique
Les autres populations en contexte de vulnérabilité (personnes en uniforme, des migrants,)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible connaissance de la taille de cette population. ▪ Faible accès aux services de prévention et de soins. ▪ Insuffisance des interventions de prévention spécifique et adaptée. ▪ Facteurs de risque et de vulnérabilité durant le parcours migratoire. ▪ Obstacles à l’accès à la prévention et aux soins. ▪ Faible connaissance du statut sérologique

Démarche de priorisation du PSN 2017-2020

Les priorités se fondent sur la triangulation des données contextuelles, les déterminants de la vulnérabilité le profil et la distribution de l’épidémie de VIH selon les Iles, la

disponibilité des ressources (financières, humaines et logistiques). Cette analyse à permis de déterminer les interventions à haut impact et la nécessité d'améliorer la couverture et l'intégration de la prévention des soins et du soutien pour l'offre des paquets de services cohérents.

Accélération de la réponse nationale au SIDA, au Cap Vert

Le Cap Vert s'engage à accélérer la réponse nationale face à l'épidémie de sida à travers la mise en œuvre du principe des "90-90-90" d'ici 2020 : 90 % des personnes séropositives connaissant leur statut sérologique, 90 % de personnes séropositives reçoivent des traitements antirétroviraux et 90 % des personnes sous traitements antirétroviraux ont une suppression virale durable.

En s'appuyant sur les acquis de la prévention et des soins, le Cap Vert vise une accélération de la réponse nationale. Le secrétariat exécutif du CCS/SIDA chargé de la coordination de la mise en œuvre du PSN 2017-2020 assure :

- Le développement et l'extension des actions de prévention combinée auprès des populations clés et le développement des actions de proximité auprès de la population générale y compris les jeunes filles et garçon en situation de vulnérabilité, à travers une démarche qui tiens compte de la dynamique de l'épidémie au Cap Vert. L'offre de dépistage selon des approches innovantes s'adressant directement aux populations, pour la connaissance du statut sérologique sera systématiquement proposée par les associations partenaires, avec un accompagnement vers les structures de soins en cas de séropositivité. C'est la traduction concrète pour atteindre l'objectif consistant à s'assurer que 90% du total des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique au VIH.
- Le renforcement des interventions de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant qui consiste à promouvoir l'offre de prévention auprès des femmes en âge de procréer, ainsi que l'offre de dépistage aux femmes enceintes afin de cheminer vers l'élimination de la transmission du VIH parmi les enfants nés de mère séropositive. Cette option est possible au Cap Vert aux regard des résultats atteints, il suffit de les renforcer en amont et en aval de l'accouchement et d'augmenter la participation des partenaires des femmes enceintes.
- Le renforcement de la prise en charge globale des PVVIH (Adultes, adolescents et enfants) à la fois en termes de couverture des soins sur les différentes îles du Cap Vert et également en termes d'accompagnement et de soutien psychologique, social et économique des PVVIH. Il s'agit d'améliorer la qualité de la prise en charge et de maintenir les personnes bénéficiaires des traitements

ARV dans une dynamique de soins et de rétention. L'effort du programme national est essentiel pour prévenir le risque de perdus de vue.

- Le développement d'interventions visant à créer un environnement favorable pour accompagner la mise en œuvre du PSN 2017-2020, et permettre de lever les obstacles liés à l'accès à la prévention et aux soins. Tous les partenaires devront être associés aussi bien les institutions que les associations nationales.

3.2. Résultats d'impacts, d'effet et de produits du PSN 2017-2020

La planification du PSN 2017-2020 se fonde sur une méthode axée sur les résultats qui a pour objectif l'amélioration de l'efficacité et de la redevabilité. Elle est orientée vers l'obtention de résultats qui vise à améliorer les performances à travers le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre.

- **Résultat d'impact 1** : la dynamique des nouvelles infections est réduite de 30% d'ici 2020
- **Résultat d'impact 2** : Le taux de mortalité des PVVIH est réduit de 30% d'ici à 2020
- **Résultat d'impact 3** : Les droits humains des PVVIH et autres populations vulnérables sont effectivement respectées d'ici 2020
- **Résultat d'impact 4** : L'efficacité de la gouvernance et la coordination de la réponse est renforcée d'ici 2020

Chaine de résultats d'impacts et d'effets

Resultados	
Impacto	Efeito
Impact 1: La dynamique des nouvelles infections est réduite de 30% d'ici 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Effet 1.1: D'ici 2020 le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins 1% • Effet 1.2: D'ici 2020, 90% des jeunes filles et jeunes garçons en contexte de vulnérabilité utilisent le préservatif lors des rapports sexuels • Effet 1.3: D'ici 2020, 90% des PS connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels payants

	<ul style="list-style-type: none"> • Effet 1.4: D'ici 2020, 90% des HSH connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels • Effet 1.5: D'ici 2020, 75% des UD connus utilisent le paquet de services de réduction des risques (RdR) • Effet 1.6: D'ici 2020, 75% des détenus connaissent leur statut sérologique • Effet 1.7: D'ici 2020, 75% les populations mobiles (populations migrantes, transporteurs et pêcheurs) utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels • Effet 1.8: D'ici 2020, 100% structures de santé assurent une prise en charge en cas d'accident d'exposition au sang et autre produit biologique ainsi que les VBG
<p>Impact 2: Le taux de mortalité des PVVIH est réduit de 30% d'ici à 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effet 2.1: D'ici 2020, 90% des PVVIH adultes et adolescents diagnostiqués sont sous ARV • Effet 2.2: En 2020 75% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) diagnostiqués et en besoin de traitement contre les co-infections et comorbidités sont pris en charge • Effet 2.3: D'ici 2020 90% des PVVIH bénéficient du paquet de service de soutien psychologique et social de qualité • Effet 2.4: En 2020 90% des PVVIH bénéficient des consultations d'observance et d'éducation thérapeutique • Effet 2.5: En 2020 90% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV sont en suppression virale à 12 mois • Effet 2.6: En 2020 les équipements et intrants de laboratoire ainsi que les médicaments (ARV et IO) sont disponibles dans tous les centres de traitement
<p>Impact 3: Les droits humains des PVVIH et autres populations vulnérables sont effectivement respectées d'ici 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effet 3.1: En 2020, l'environnement socio-juridique et légal de la lutte contre le sida garantissant les droits humains est actualisé et renforcé • Effet 3.2: En 2020, 60% des institutions de protection des droits humains sont engagés dans la défense des droits des PVVIH et autres populations vulnérables • Effet 3.3: En 2020, 80% des PVVIH accèdent aux services de protection relatifs aux droits humains en lien avec la lutte contre la

	stigmatisation et la discrimination prenant en compte le genre
Impact 4: L'efficience de la gouvernance et la coordination de la réponse nationale est renforcée d'ici 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Effet 4.1: D'ici, 2020 la coordination et le leadership de la réponse nationale au VIH/sida sont renforcés au niveau central et décentralisé • Effet 4.2: D'ici 2020 le processus de financement de transition est engagé et opérationnel • Effet 4.3: D'ici 2020 les ressources financières auprès de l'Etat, du secteur privé et des partenaires couvrent les besoins du PSN 2017-2020 • Effet 4.4: D'ici 2020 les informations stratégiques sont disponibles et utilisées pour la prise de décisions • Effet 4.5: D'ici 2020 le système communautaire est renforcé pour une participation efficace à la réponse nationale

Description des résultats d'impact et d'effets

Résultat d'impact 1: la dynamique des nouvelles infections est réduite de 30% d'ici 2020

L'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse du Cap Vert face au VIH a révélé d'importants défis qui devront être pris en compte pour atteindre l'impact de la réduction de 50% des nouvelles infections à l'horizon 2020. En effet malgré les efforts entrepris dans le domaine de la prévention on note qu'il reste de nombreuses personnes en marge des programmes et qui ne connaissent pas leur statut sérologique. Il demeure par conséquent une "épidémie cachée" qui relativise le processus de réduction de l'épidémie, que connaît notre pays. Cet impact se décline autour de huit résultats d'effets qui vont permettre le changement de comportement ou l'amélioration de l'accès aux services parmi la population générale, les jeunes et les populations clés et autres populations en contexte de vulnérabilité (HSH, PS, UD, population carcérale, Migrants, routiers, personnes en uniforme, jeunes, femmes enceintes, enfants exposés, pêcheurs). Il s'agit dans le cadre de la prévention d'agir pour la réduction de l'incidence du VIH en particulier parmi les populations clés où apparaissent les nouvelles infections.

Résultat d'effet 1.1: D'ici 2020 le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins 1%

Le Cap Vert s'est inscrit dans le programme mondial d'élimination de la transmission de la mère à l'enfant d'ici 2020. Afin de permettre un accès effectif au dispositif de PTME, les interventions porteront sur une meilleure connaissance de cette offre de services auprès des femmes, la proposition systématique du test de dépistage dans les consultations prénatales, le suivi des suites de couches, la planification familiale, et les consultations des nouveaux nés. La référence vers les sites de prise en charge pour un accès au paquet de services qui sera mis en œuvre en se réfère aux recommandations internationales et aux recommandations nationales (2015) en matière de prise en charge médicale et de PTME et de l'option B+ (TARV, suivi clinique, biologique et immunologique; accouchement à moindre risque, prophylaxie post-exposition du nouveau-né et diagnostic précoce de l'infection à VIH chez l'enfant) dans un contexte évolutif de la délégation des tâches pour élargir l'offre de prévention. Les services qui seront mis en œuvre devront permettre à 95% des femmes enceintes d'accéder au dépistage et recevoir le résultat du test. Toutes les structures de santé maternelle et infantile du secteur public qui font la CPN offrent la PTME afin que (95%) des enfants nés de mère séropositive bénéficient d'une prophylaxie ARV. 95% enfants nés de mère séropositives bénéficient d'un dépistage VIH et reçoivent le résultat selon les directives nationales et le développement d'une approche permettant d'augmenter le suivi du couple mère enfant. Compte tenu de la faible implication des partenaires des femmes, des approches stratégiques seront mise en œuvre avec le milieu communautaire pour augmenter l'offre de dépistage aux hommes. Un effort particulier sera réalisé pour le suivi des femmes séropositives et des nouveaux nés.

Les principales stratégies sont :

- Le renforcement des capacités techniques et humaines
- L'approvisionnement régulier en réactifs de dépistage VIH, médicaments, tests pour le diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositive
- La référence vers les sites de prise en charge des adultes et des enfants
- Le renforcement de l'appui psychosocial des mères séropositives et leurs maris/compagnons

Résultat d'effet 1.2: D'ici 2020 assurer la sécurité transfusionnelle à 100% du sang transfusé

Une politique de gestion du sang dans le pays a été définie et approuvée par le ministère de la Santé. L'objectif poursuivi dès le départ était d'assurer un niveau de sécurité

transfusionnelle de 100% sur le sang prélevé, celui-ci devant être testés pour le VIH, l'hépatite B et C et la syphilis. A cet effet, les services de la Banque de Sang ont été renforcés de 2 à 5 unités et des ressources humaines supplémentaires ont été formées permettant d'atteindre cet objectif.

Les principales stratégies sont :

- Mettre à la disposition des banques de sang les réactifs et consommables nécessaires pour la sécurité sanguine.
- L'analyse systématique du sang à transfuser pour le VIH et d'autres grands agents étiologiques transmis par le sang.

Résultat d'effet 1.3: D'ici 2020, 90% des jeunes filles et jeunes garçons en contexte de vulnérabilité utilisent le préservatif lors des rapports sexuels

La connaissance du VIH parmi la population générale est un facteur important de la réduction du risque d'exposition au VIH pour le maintien de la dynamique de prévention. C'est pourquoi, dans la perspective d'amener des jeunes filles et jeunes garçons en contexte de vulnérabilité à adopter les comportements à moindre risque, les interventions porteront essentiellement sur la CCC, le dépistage du VIH et la promotion de l'utilisation correcte du préservatif auprès des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans.

Les principales stratégies sont :

- Promotion des services de prévention et de prise en charge des IST notamment chez les jeunes
- Renforcement des capacités des structures de santé et des organisations communautaires sur le diagnostic et la prise en charge des IST, y compris l'approche services conviviaux aux adolescents
- Ciblage des populations les plus exposées au risque
- Introduction de l'éducation sexuelle dans les établissements en contact avec les jeunes filles et garçons
- Disponibilité et information sur les points de distribution du préservatif masculin et féminin
-

Résultat d'effet 1.4: D'ici 2020, 90% des PS connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels payants

L'épidémie du VIH-SIDA, au Cabo Verde, est caractérisée de concentrée sur la population clés. Parmi ces populations, les PS ont une participation importante dans la dynamique de la transmission du VIH. Dans ce sens, ils sont prévus des

interventions de proximité, qui permettent la mise à disposition des moyens de prévention, au sein de ce groupe à risque.

Il s'agit de renforcer des interventions de prévention combinées pour réduire l'incidence des infections par le VIH dans la population, principalement parmi les personnes les plus exposées au risque, c'est-à-dire les PS et d'autres populations clés.

Les principales stratégies sont :

- Renforcement des capacités des pairs éducateurs ;
- Paire éducation ;
- Promotion des services de prévention et de prise en charge des IST ;
- Mise à la disposition des préservatifs sur les points de fréquentations des PS ;
- Disponibilité et information sur les points de distribution du préservatif masculin et féminin ;

Résultat d'effet 1.5: D'ici 2020, 90% des HSH connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels

La mise à l'échelle et le suivi de l'approche de prévention combinée, qui s'inscrit dans la prise en compte des différents facteurs de risque. Elle consiste à offrir un paquet de services pour donner à chacun la possibilité d'utiliser tous les moyens de prévention pour se protéger et protéger les autres en particulier parmi les populations clés (HSH, TS). Elle est composée de diverses interventions qui s'articulent et se complètent : la communication pour le changement de comportement grâce à la paire éducation, l'accès aux préservatifs et au gel lubrifiant, la prise en charge syndromique des IST, le conseil et dépistage VIH, l'accès aux soins, et soutien et aux services de santé de la reproduction, la lutte contre la discrimination et la protection des droits humains.

Ce paquet de services peut être mis en œuvre à travers une collaboration entre les centres de santé eux-mêmes pour une meilleure couverture, ainsi qu'un système de référence et de contre référence avec les structures communautaires qui offrent des services complémentaires. Les interventions de prévention combinée peuvent être initiés à la fois à partir des centres de dépistage mais également à partir des sites associatifs et des espaces communautaires de prévention.

A travers la mise en œuvre des effets et des produits liés à cet impact, il s'agit de réduire l'incidence des nouvelles infections par le VIH dans la population, principalement parmi les personnes les plus exposées au risque, c'est-à-dire les populations clés.

Afin de permettre de mesurer l'efficacité et l'efficacité des interventions de prévention combinée les outils de collecte de données et leur circuit seront mis à la disposition des acteurs.

Les principales stratégies sont :

- Renforcement des capacités des pairs éducateurs ;
- Paire  ducation ;
- Promotion des services de prévention et de prise en charge des IST ;
- La mise à disposition des préservatifs sur les points de fréquentations des HSH ;
- Disponibilité et information sur les points de distribution du préservatif masculin et féminin ;

Résultat d'effet 1.6: D'ici 2020, 75% des UD connus utilisent le paquet de services de réduction des risques (RdR)

La stratégie nationale de la réduction des risques (RdR) liées aux drogues sera mise en œuvre par le Ministère de la Santé et le Comité de coordination et de combat contre la drogue (CCCD) en collaboration les acteurs de la société civile et en partenariat avec le projet deux projet régionaux: programme régional « Réduction des risques VIH/TB et autres co-morbidités et promotion des droits humains auprès des consommateurs de drogues injectables dans 5 pays de l'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau et Sénégal) » ainsi que le programme régional « Frontières et Vulnérabilité au VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest (FEVE) », afin de réduire la transmission du VIH par voie injectable ou par les autres moyens et améliorer l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien des usagers de drogues au Cap Vert.

Les principales stratégies sont :

- Promotion des services de prévention combine adapté à l'usage de drogues ;
- Sensibilisation, offre de conseil dépistage, offre de la prophylaxie et la prise en charge des IST, l'accès aux préservatifs et gels lubrifiants, l'orientation vers les soins et la prise en charge ARV, en cas de séropositivité, respects des droits humains ;
- Réinsertion socio-professionnelle des UD ;
- Paire  ducation ;

Résultat d'effet 1.7: D'ici 2020, 75% des détenus connaissent leur statut sérologique

Le contexte de détention réduit l'accès à la prévention et aux soins parmi les détenus. Aussi un programme de prévention adapté au contexte sera mis en œuvre afin que les détenus accèdent à services d'information et de conseil dépistage pour connaître leur statut sérologique, à partir des infirmeries des centres de détention.

Les principales stratégies sont :

- Plaidoyer auprès des responsables des centres de détention ;
- Promotion des services de prévention et d'information de sensibilisation ;
- Prévention des risques de co-infection VIH/TB ;
- Offre de conseil et de dépistage ;
- Orientation vers les soins et accès aux ARV ;
- Conseils psycho-sociaux pour la sortie de détention ;
- Paire éducation ;

Résultat d'effet 1.8: D'ici 2020, 75% les populations mobiles (populations migrantes, transporteurs et pêcheurs) utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels

L'analyse de la situation et de la réponse réalisée au Cap Vert a permis d'identifier divers facteurs de risque pour les populations passerelles. Ces populations, en interaction avec les populations les plus exposées, recevront un paquet d'interventions de prévention de proximité, afin qu'elles adoptent des comportements à moindre risque. Les interventions qui seront mises en œuvre seront initiées à travers des approches de proximité, la mobilisation sociale et communautaire, la promotion du préservatif.

Les principales stratégies sont :

- Renforcement des capacités des pairs éducateurs ;
- Paire éducation ;
- Mise à la disposition des préservatifs sur les points de fréquentations des cibles ;
- Sensibilisation, offre de conseil dépistage, offre de la prophylaxie et la prise en charge des IST, l'accès aux préservatifs et l'orientation vers les soins et la prise en charge ARV, en cas de séropositivité ;

Résultat d'effet 1.9: D'ici 2020, 100% structures de santé assurent une prise en charge en cas d'accident d'exposition au sang et autre produit biologique ainsi que les VBG

La prise en charge des accidents d'exposition au sang et autres produits biologiques sera mise en œuvre sur la base d'un protocole national. Les interventions porteront également d'intervenir sur la prévention des risques de transmission en milieu de soins par la sensibilisation et la formation pour un changement de comportement. Dans ce cadre, la prise en charge des violences basées sur le genre sont également mise en œuvre afin de réduire les risques parmi les victimes.

Les structures de santé seront cartographiées pour faire connaître l'offre de prévention et la prophylaxie pes exposition, elles seront renforcées tant au niveau des compétences des prestataires de services qu'en intrants et médicaments ARV.

Les principales stratégies sont :

- Cartographie des structures qui offrent des ARV et des services AES ;
- Formation des professionnels ;
- Définition des protocoles des AES/LB ;
- Estimation et quantification des besoins ;
- Distribution et mise à disposition des médicaments et intrants ;
- Suivi-évaluation des AES/LB;
- Protocole para casos de violencia sexual (profilaxia de VIH e disponibilidade de ARV nas estruturas de saude);
- Le conseil des PVVIH pour l'adhésion au TARV;
- La promotion de la biosécurité ;

Résultat impact 2: Le taux de mortalité des PVVIH est réduit de 30% d'ici à 2020

L'engagement du Cap Vert pour l'accélération de la réponse nationale face au VIH se traduit par l'adoption des objectifs 90.90.90 d'ici 2020 : 90 % des personnes séropositives connaissant leur statut sérologique, 90 % de personnes séropositives reçoivent des traitements antirétroviraux et 90 % des personnes sous traitements antirétroviraux ont une suppression virale durable.

Le résultat d'impact sur la réduction du taux de mortalité à 30%, implique un ensemble d'effets à savoir (i) la mise sous ARV d'au moins 90% des PVVIH adultes diagnostiqués (ii) la mise sous ARV d'au moins 90% des enfants et adolescents infectés par le VIH (iii) la prise en charge d'au moins 75% des PVVIH en besoin de traitement contre les co-

infections et comorbidités (iv) la suppression virale à 12 mois pour au moins 90% des PVVIH sous ARV (v) la disponibilité des équipements de laboratoire, des médicaments et intrants stratégiques, pour tous les PVVIH. Cet impact se décline autour de six résultats d'effets qui permettront une extension de l'offre de soins au PVVIH La coordination entre le programme sida du Ministère de la Santé, le programme de lutte contre la tuberculose et tous les programmes des associations est indispensable pour l'atteinte de l'impact attendu.

Résultat d'effet 2.1 : D'ici 90% des PVVIH adultes et adolescents diagnostiqués sont sous ARV

La prise en charge globale des PVVIH adultes et enfants nécessite un renforcement et la qualité de l'offre de soins et de suivi. L'approche holistique doit permettre de réduire la cascade entre le dépistage et le traitement en particulier dans le cadre de l'adoption du dispositif tester et traiter.

La mise en œuvre de l'approche « Traitement pour Tous » pour toute la population nécessite que plusieurs conditions soient réunies et mise en synergie (ii) le passage à l'échelle du dépistage, le renforcement du dépistage initié par les prestataires de soins et la promotion du dépistage en stratégie avancée avec les communautaires, qui s'adresse directement aux populations les plus exposées ; (iii) La promotion de la délégation des tâches, la décentralisation et l'intégration des services pour combler les gaps de la cascade TARV (perdus de vue, observance), (iv) La disponibilité d'un système de santé et d'approvisionnement en médicament et intrants pour permettre une mise en œuvre efficiente.

Les principales stratégies sont :

- Information et sensibilisation pour l'adhésion aux soins
- Optimisation des schémas thérapeutiques efficaces, économiquement abordables, administrables avec une toxicité ou des interactions médicamenteuses minimales et faisant barrière au développement d'une résistance ;
- Fourniture d'outils diagnostics utilisables sur le lieu des soins, simples, économiquement abordables, fiables et de qualité garantie, ainsi que d'autres moyens de diagnostic et de suivi simplifiés ;
- Adaptation de la prestation des services de soins et de traitement par la décentralisation et l'intégration adéquate à d'autres services de santé consacrés ou non au VIH, ainsi que par la participation de la communauté à la prestation des services et l'observance
- Développement de programmes promotionnels pour les populations les plus exposées aux risques

Résultat d'effet 2.2 : En 2020 75% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) diagnostiqués et en besoin de traitement contre les co-infections et comorbidités sont pris en charge

La prise en charge des co-infections est un élément important de la prise en charge globale des PVVIH. La coordination entre le PNLT et le PNLs sera renforcée pour la proposition systématique du test VIH pour tous les patients tuberculeux et la référence systématique des patients dépistés positifs vers les structures de prise en charge. Pour atteindre l'effet de 75% des PVVIH adultes, adolescents et enfants diagnostiqués accèdent aux soins et traitement pour les co-infections et comorbidités (cancers et hépatites B et C...), il est nécessaire de coordonner les interventions des différents services médicaux, le renforcement des capacités et des compétences des professionnels de santé.

Les principales stratégies sont :

- Renforcement de la prise en charge de la co-infection TB/VIH ;
- Renforcement de la prise en charge de la co-infection VIH/VHB (hépatite B chronique)

Résultats d'effet 2.3 : D'ici 2020 90% des PVVIH bénéficient du paquet de service de soutien psychologique et social de qualité

L'accompagnement des PVVIH, le soutien psychologique, social et économique sont indispensables pour le maintien dans la dynamique de soins. Cette intervention est primordiale pour les PVVIH en contexte de vulnérabilité afin de réduire l'impact social et améliorer la qualité de vie. Le paquet de services psycho-sociaux sera assuré dans tous les sites de prise en charge afin de permettre aux PVVIH d'y accéder en fonction de leurs besoins. La contribution des accompagnateurs/médiateurs issus de la communauté y compris des PVVIH sera mise en œuvre autour d'un référentiel de connaissance, de compétences. Elle fera l'objet d'un dispositif national d'accompagnement qui décrira la fonction et l'organisation de cette intervention.

Rôle des PVVIH

Les principales stratégies sont :

- Réaliser un état des lieux des besoins
- Définir et diffuser les normes
- Mise à disposition du personnel communautaire et social pour l'accompagnement des PVVIH
- Former les acteurs de la prise en charge psychologique et sociale

- Renforcement de capacité institutionnel des réseaux des PVVIH pour la gestion des AGR ;
- Renforcement de la mobilisation des ressources pour le soutien socioéconomique aux PVVIH

Résultat d'effet 2.4: D'ici 2020, 90% des PVVIH bénéficient des consultations d'observance et d'éducation thérapeutique

La rétention est définie comme la situation au cours de laquelle le PvVIH est recherché au site de prise en charge dans les 90 jours suivant sa dernière visite pour suivi médical, bilans laboratoire ou approvisionnement mensuel ou trimestriel en médicament et n'est pas enregistré comme décédé, en arrêt de traitement ou perdu de vue. Les PvVIH enregistrées doivent être recherchées dans le cadre d'un dispositif de recherche des perdus de vue pour la rétention dans ce site. Pour bien comprendre la nécessité de suivre régulièrement le traitement des consultations d'observance et d'éducation thérapeutique seront mise en place sur les sites de prise en charge grâce à la contribution des accompagnateurs et médiateurs.

Les principales stratégies sont :

- Sensibilisation des professionnels de santé sur l'importance des consultations d'observance et éducation thérapeutique ;
- IEC auprès des patients ;

Résultat d'effet 2.5 : D'ici 2020, 90% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV sont en suppression virale à 12 mois

L'extension et la décentralisation des appareils de charge virale en cours pour l'accès à la charge virale au niveau national améliorera le suivi des PVVIH. L'amélioration de la qualité de la PEC globale dans tous les sites sera également renforcée avec un focus particulier sur l'observance, la rétention et l'adhésion des PVVIH dans leurs centres de suivi ainsi que la gestion de l'échec thérapeutique, afin de permettre l'atteinte de 90% des PVVIH adultes et adolescents sous ARV sont maintenus dans les soins 12 mois après l'initiation du traitement.

Les principales stratégies sont:

- Amélioration du processus de transport des échantillons de sang vers les hôpitaux centraux ;
- Disponibilité d'équipements et réactifs, pour les examens de la charge virale ;

- Amélioration du suivi des patients ;
- Observance du traitement ;

Résultat d'effet 2.6 : D'ici 2020 les équipements et intrants de laboratoire ainsi que les médicaments (ARV et IO) sont disponibles dans tous les centres de traitement

La chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et intrants stratégiques dans le cadre du PSN 2017-2020 reste essentiel pour la mise en œuvre des résultats d'effet et la réalisation des interventions de dépistage, de prise en charge médicale et de suivi biologique.

L'évaluation des besoins stratégiques en intrant et en traitement dans tous les sites de prise en charge doit permettre d'éviter les ruptures de stock. L'utilisation du Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL) sera initiée pour permettre une planification qui corresponde à la décentralisation et l'extension de l'offre de soins.

Les principales stratégies sont:

- Acquisition des équipements nécessaires, pour le contrôle des patients ;
- Maintenance régulière des équipements ;
- Amélioration de la gestion des stocks des médicaments (d'ARV et IO) et réagents).

Résultat d'impact 3 : Les droits humains des PVVIH et autres populations vulnérables sont effectivement respectées d'ici 2020

Le résultat global attendu est l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, et leurs familles. Cela se traduira par la réduction des risques stigmatisation et de discrimination pour les personnes les plus exposées au VIH, la protection des droits humains des PVVIH y compris les violences basées sur le genre.

Pour une synergie des interventions, une forte implication des réseaux de PVVIH associée à la mobilisation de la communauté et de la société civile contribuera à lever les barrières et juridiques à la protection des droits humains. Les stratégies visent également à créer un environnement favorable pour accompagner la mise en œuvre du PSN 2017-2020, et permettre de lever les obstacles à l'accès à la prévention et aux soins et plus généralement aux autres services sociaux, éducatifs

Résultat d'effet 3.1 : En 2020, l'environnement socio-juridique et légal de la lutte contre le sida garantissant les droits humains est actualisé et renforcé

La promotion de services pour la protection et le respect des droits humains s'articuleront autour de diverses interventions. La lutte contre toutes les formes de discrimination et de stigmatisation, le droit des PVVIH et autres populations vulnérables à la santé, à l'équité, à la dignité et au travail, l'accompagnement des PVVIH pour le recours aux services juridiques, les actions de plaidoyer auprès des leaders communautaires, des autorités administratives, ainsi que les actions pour l'acceptation sociale des PVVIH au sein de la population générale. Un accent particulier sera mené envers la prévention des violences basées sur le genre des populations clés et des PVVIH.

Afin de créer un environnement favorable pour l'accès à la prévention et aux soins, il s'agira d'actualiser la législation pour faire connaître aux uns et aux autres (PVVIH et acteurs de santé) les droits des PVVIH ainsi que leurs devoirs. Cette connaissance permet à chacun d'assumer une responsabilité individuelle et collective vis-à-vis de la transmission du VIH.

Les principales stratégies sont:

- Actualisation du cadre juridique sur le VIH-SIDA ;
- Sensibilisation sur la législation concernant le VIH-SIDA ;
- Renforcement du cadre institutionnel sur le VIH-SIDA ;

Résultat d'effet 3.2: En 2020, 60% des institutions de protection des droits humains sont engagés dans la défense des droits des PVVIH et autres populations vulnérables

Pour une synergie des interventions, une forte implication du réseau d'organisation non gouvernementale de protection des droits est associée à la mobilisation de la communauté et de la société civile. Les institutions de protections des droits humains, participeront à la mise en œuvre du PSN 2017-2020 à plusieurs niveaux notamment l'information au PVVIH et le plaidoyer pour la création d'un environnement favorable.

Les principales stratégies sont:

- L'articulation entre les institutions de protections des droits humains ;
- L'implication du réseau des PVVIH-SIDA ;
- L'implication des journalistes et des organes de communication sociale ;
- L'actualisation de la législation sur le VIH-SIDA.

Résultat d'effet 3.3 : En 2020, 80% des PVVIH accèdent aux services de protection relatifs aux droits humains en lien avec la lutte contre la stigmatisation et la discrimination prenant en compte le genre

La promotion de services pour la protection et le respect des droits humains s'articuleront autour de diverses interventions. La lutte contre toutes les formes de discrimination et de stigmatisation, le droit des PVVIH et autres populations vulnérables à la santé, à l'équité, à la dignité et au travail, l'accompagnement des PVVIH pour le recours aux services juridiques, les actions de plaidoyer auprès des leaders communautaires, des autorités administratives, ainsi que les actions pour l'acceptation sociale des PVVIH au sein de la population générale. Un accent particulier sera mené envers la prévention des violences basées sur le genre des populations clés et des PVVIH.

La contribution des PVVIH à travers le dispositif santé positive, dignité et prévention, constitue une des approches novatrices du PSN 2017-2020. Ce dispositif associe et accorde une responsabilité aux PVVIH à l'intérêt préventif du traitement (soutien à l'observance, contraception, procréation et parentalité, prévention sexuelle, dépistage et traitement des IST, auto-support).

Les principales stratégies sont:

- L'articulation entre les institutions de protections des droits humains ;
- L'implication du réseau des PVVIH-SIDA ;
- L'implication des journalistes et des organes de communication sociale ;
- La socialisation de l'étude sur l' stigma e la discrimination.

Résultat d'impact 4: L'efficacité de la gouvernance et la coordination de la réponse est renforcée d'ici 2020

Ce résultat d'impact sera atteint à travers le renforcement du leadership national du CCS/SIDA et son secrétariat exécutif en tant qu'autorité nationale de coordination de la réponse nationale. Les interventions visent le renforcement de la coordination, le leadership de l'Etat et son engagement durable pour la pérennisation des ressources mobilisées aux niveaux national et international.

La transparence dans la gestion des ressources disponibles et le devoir de rendre compte et une meilleure coordination des activités menées par les acteurs. La réponse nationale à l'épidémie de VIH doit être efficace et efficiente à tous les niveaux pour

garantir l'atteinte des résultats de la mise en œuvre, le suivi et la qualité des interventions.

L'alignement des partenaires sous l'égide de l'autorité nationale, la multi-sectorialité et la décentralisation des interventions pour une meilleure couverture des besoins vont permettre l'atteinte des résultats tant au niveau des impacts, des effets que des produits du PSN 2017-2020. Aussi, coordination, l'articulation des interventions et le partenariat entre les secteurs public, privé et communautaire est fondamental dans la riposte au VIH.

Résultat d'effet 4.1 : D'ici, 2020 la coordination et le leadership de la réponse nationale au VIH/sida sont renforcés au niveau central et décentralisé

Le CCS/Sida est doté d'un Secrétariat Exécutif (SE), responsable de la mise en œuvre vis-à-vis de l'Etat et des municipalités, des entités privées et des organisations de la société civile. Le SE est également responsable de la gestion des ressources financières mobilisées pour le développement des activités de lutte contre le sida au Cap Vert.

La coordination de la réponse nationale à l'épidémie de VIH doit être efficace et efficiente à tous les niveaux pour garantir l'atteinte des résultats de la mise en œuvre, le suivi et la qualité des interventions. Les interventions visent le renforcement de la coordination, le leadership de l'Etat et son engagement durable pour la pérennisation des ressources mobilisées aux niveaux national et international. Il s'agit aussi de promouvoir dans le cadre de la gouvernance une implication de tous les acteurs et un partage de responsabilité face à l'épidémie de VIH.

Les principales stratégies sont:

- Le renforcement de la coordination du CCS-SIDA, auprès des acteurs de la lutte contre le VIH-SIDA ;
- Le renforcement du leadership de l'État, dans tous les processus de la lutte ;
- Le renforcement de l'implication de tous les acteurs de la société civile dans la lutte.

Résultat d'effet 4.2 : D'ici 2020 le processus de financement de transition est engagé et opérationnel

Dans le cadre du processus de financement de transition une analyse détaillée des flux financiers nationaux et internationaux sera mise en œuvre à partir de la cartographie des financements.

La mobilisation des autorités nationales et de tous les partenaires au développement ainsi que les acteurs nationaux sera engagé sous le leadership du CCS/Sida et de son Secrétariat Exécutif (SE), afin d'impliquer le gouvernement et diversifier les opportunités de financement de la réponse nationale au VIH.

Les principales stratégies sont:

- Sensibilisation des autorités nationales en vue d'augmenter de façon progressive la participation nationale au financement du PSN ;
- Incrémentation d'une culture de rationalité, de résultats et de transparence, dans la gestion des ressources ;

Résultat d'effet 4. 3 : D'ici 2020 les ressources financières auprès de l'Etat, du secteur privé et des partenaires couvrent les besoins du PSN 2017-2020

Au niveau de la traçabilité des flux financiers, le PSN a prévu une traçabilité comptable et financière selon les procédures nationales afin d'assurer une bonne gestion financière des ressources mobilisées. En effet, une cartographie explicite indiquant les partenaires, les interventions, et les montants financiers, tant en ce qui concerne les financements domestiques que le financement international sera réalisée.

Au niveau de la contribution de l'Etat l'une des stratégies majeures retenues est de mettre en place de nouveaux mécanismes de mobilisation des ressources pour accroître la contribution nationale. Les stratégies innovantes de taxes, la contribution des municipalités dans le cadre de l'approche Villes/Iles sera également développée.

Au niveau de la contribution du secteur privé, la volonté des autorités est d'accroître la contribution du secteur privé à travers le renforcement du partenariat public-privé et du renforcement des mesures incitatives en faveur des entreprises du secteur privé. Un cadre de concertation sera mis en place à travers la « coalition » des entreprises pour la mobilisation des entreprises au financement de la lutte contre le VIH.

La gestion des risques dans la mise en œuvre des programmes, nécessitera un renforcement des capacités de toutes les parties prenantes. Le mode de gestion financière du Plan Stratégique de lutte contre le sida obéira aux procédures des différents partenaires impliqués et de celles de l'Etat. La Coordination nationale assurera le suivi de l'ensemble des ressources financières mobilisées pour la riposte au VIH. Comme pour le suivi programmatique, un plan de suivi des ressources financières sera élaboré.

Les principales stratégies sont:

- Plaidoyer auprès de l'Etat et des partenaires pour le financement du PSN ;

Résultat d'effet 4.4: D'ici 2020 les informations stratégiques sont disponibles et utilisées pour la prise de décisions

Ce résultat se concrétisera par le renforcement du système national de suivi et d'évaluation, en vue de le rendre fonctionnel. Compte tenu de la place du suivi et de l'évaluation dans la gestion de la réponse nationale, le système sera amélioré au plan structurel et au plan organisationnel. Pour une meilleure utilisation de l'information stratégique pour la décision. Le renforcement du système national de suivi-évaluation permettra de répondre aux besoins en informations stratégiques et de produire les données factuelles et des évidences scientifiques nécessaires pour guider la programmation, la planification stratégique et la prise de décision tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle des 17 délégation de santé.

Des études bio-comportementales pour le suivi de la situation épidémiologique parmi les populations clés et en contexte de vulnérabilité seront mise en œuvre environ tous les deux ans. En outre des évaluations périodiques seront initiées pour mesurer la qualité des services.

Les principales stratégies sont:

- Réalisation d'études épidémiologiques et comportementaux de premiers et secondes génération et autres nécessaires au système de suivi et évaluation du PSN, à une meilleure connaissance de la dynamique de l'épidémie et à la planification institutionnelle et communautaire ;
- Assurance d'un système de suivi et évaluation du PSN ;

Résultat d'effet 4.5 : D'ici 2020 le système communautaire est renforcé pour une participation efficace à la réponse nationale

Le renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles des organisations communautaires sera un volet important dans ce Plan. Il s'agira d'assurer un appui institutionnel aux associations y compris celles des PVVIH, aux associations des groupes de populations les plus exposées, aux OBC, ONG et réseaux impliqués dans la réponse au VIH. Les membres des organisations communautaires bénéficieront de formations qualifiantes et professionnelles pour répondre aux besoins techniques et aux exigences de performance, ainsi que le réseautage pour mettre en synergies les interventions.

Les principales stratégies sont:

- Formation et empowerment institutionnelles et organisationnelles adressée aux organisations communautaires.

Chapitre 4 : Mise en œuvre du Plan Stratégique National IST/VIH 2016 – 2020

Le CCS-SIDA se présente comme un organisme essentiel pour diriger et coordonner les interventions pour prévenir l'infection, de diagnostic, de traitement et de suivi, en étroite collaboration avec les différents acteurs de la lutte, à savoir de :

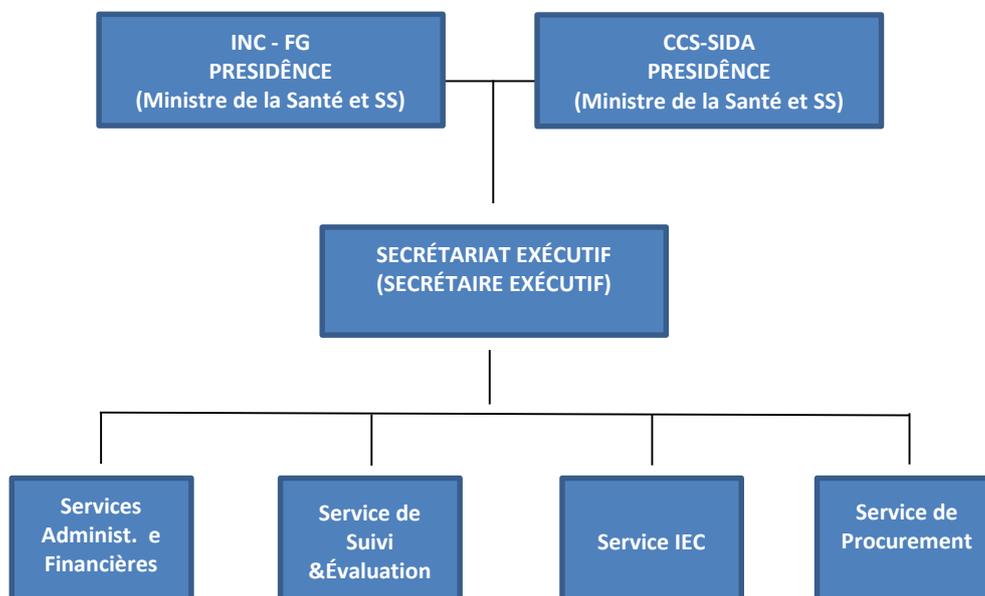
1. Promouvoir les efforts conjoints de toutes les parties prenantes, ayant des responsabilités particulières dans le secteur de la santé;
2. La promotion de la création, l'intégration et la fourniture de connaissances sur l'infection;
3. La promotion du développement de l'intervention de la société civile et de leurs organisations;
4. Le suivi des efforts nationaux et l'évaluation de leurs résultats, et ;
5. Le Plaidoyer pour la cause des droits humains des personnes vivant avec l'infection, en particulier dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et dans l'accès aux soins de santé de qualité.

La participation et l'engagement de tous les secteurs de la société caboverdienne, en particulier les personnes vivant avec l'infection, seront promus conformément aux bonnes pratiques internationalement reconnues et adaptées à la réalité du pays.

Le plan prévoit également l'élaboration de programmes opérationnels et sectoriels au sein des lignes de programme qu'il définit.

Opérationnalisation du Plan Stratégique National 2017-2020

Cordination nationale



4.1 Secteurs et acteurs mettant en œuvre les interventions

Le Secteur Public : Les principaux départements ministériels et les grandes institutions de l'État, en plus de leurs missions traditionnelles de service public, seront en action, à travers leurs comités sectoriels respectifs, pour mener des interventions en direction de leurs personnels et leurs ayant droit ainsi qu'auprès des populations relevant de leur champ de compétence. Il s'agit d'accroître l'accès aux services qui sont proposés par les ministères pour les populations vulnérables du pays.

Le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale : a la responsabilité et veille à mettre en œuvre la réponse sanitaire et sociale du VIH dans ce secteur. Il renforce le système de santé et intègre le VIH afin que les prestations médicales et sociales soient accessibles à toutes les populations qui en ont besoin et sur toutes les Iles du Cap Vert. Le Ministère de la Santé assure les activités de diagnostic, l'accès au traitement et l'assistance médicale. Il assure également la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes et a la responsabilité de mettre en place la surveillance de seconde génération. Les services de prévention primaire du VIH sont garantis par des structures publiques centralisées et décentralisées et le soutien et la prise en charge des PVVIH et leurs familles en partenariat avec les organisations de la société civile.

Le Ministère de l'Éducation et le Ministère de la Famille et de l'Inclusion Sociale : veillera à la promotion de l'équité et de l'égalité entre les sexes dans la lutte contre le VIH/sida en faveur des populations vulnérables. En outre, il coordonnera les aspects de protection sociale des populations dans le cadre de la couverture maladie universelle. Il coordonnera les actions de solidarité envers les populations et leurs familles afin de permettre de concevoir des dispositifs innovants et pérenne pour l'accès aux services de prévention de soins et soutien

Le Ministère en charge de la Fonction Publique et de l'Emploi : travaillera au renforcement de la protection des travailleurs, notamment ceux vivant avec le VIH, afin de prévenir les risques de discrimination et de stigmatisation.

Le Ministère en charge de l'Éducation Nationale : aura la responsabilité d'intégrer l'information et l'éducation en matière de VIH/sida dans les curricula de formation des élèves de tous les niveaux pour accroître leurs compétences en matière de prévention. Permettra aux enseignants eux même d'acquérir des connaissances techniques et un savoir-faire dans la transmission des informations aux élèves, collégiens et lycéens.

Le Ministère en charge de la Défense et la Sécurité : mettra en œuvre les interventions de prévention en faveur des différentes forces de sécurité et des personnes en uniformes et leurs familles.

Le Ministère en charge de la jeunesse : coordonnera les interventions qui ciblent les jeunes de façon générale et plus particulièrement ceux dans un contexte de déscolarisation et de non scolarisation.

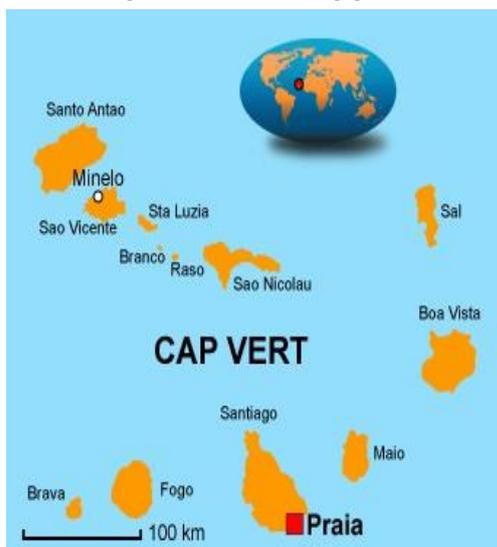
Le secteur communautaire : Les Interventions menées par la société civile seront le fait des Organisations Non Gouvernementales du Cap Vert. Ces ONG seront sélectionnées sur des bases transparentes en vue de fournir des prestations de qualité aux bénéficiaires des programmes de prévention, de prise en charge globale, de soutien et de continuité de soins.

Au niveau du Secteur privé : Il s'agit de mobiliser le secteur privé à travers la coalition des entreprises pour qu'elles apportent une contribution au financement de la réponse au VIH dans le cadre de la responsabilité sociale.

Les Partenaires au Développement et du système des Nations Unies : En vue de faciliter la coordination nationale et le suivi de la traçabilité des interventions, les partenaires au développement soutiendront les efforts à travers un appui technique et financier des acteurs des secteurs publics, privés et de la Société civile en conformité avec le PSN.

Le CCM Cap Vert : Le CCM Cap Vert organisme de coordination nationale des projets financés par le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme, a pour missions entre autres de : i) coordonner l'élaboration des propositions à soumettre pour financement au Fonds Mondial, suivre la mise en œuvre des projets financés à travers le suivi stratégique, assurer le lien et la cohérence entre les interventions subventionnées par le Fonds mondial et les programmes nationaux de développement.

4.2 Adaptation de l'approche Villes vers l'approche Iles



- Après la déclaration de Paris du 1er décembre 2014, relative à l'objectif 90-90-90, les Maires des principales villes du Monde se sont engagés pour mettre fin à l'épidémie de sida à l'horizon 2030 en accélérant leur riposte au sida d'ici l'année 2020.
- Afin de contribuer à l'atteinte des résultats nationaux, les principales Municipalités des Iles vont déployer des actions qui se concentrent surtout sur les zones où les populations sont exposées à un risque accru d'infection par le VIH.
- Les responsables municipaux participeront à la réduction de la stigmatisation et la discrimination pour pouvoir fournir des services efficaces de dépistage, de prévention et de traitement du VIH à toutes les personnes et populations.



Les Maires des principales municipalités des Iles du Cap Vert seront mobilisées pour participer à l'objectif mondial de mettre fin à l'épidémie de SIDA à l'horizon 2030 en accélérant leur riposte au sida d'ici l'année 2020.

Contribuer à l'atteinte des résultats nationaux, les principales Iles du Cap Vert (Santiago, São Vicente, Sal, Boa vista, Fogo) ainsi que les zones vulnérables en déployant des actions.

Mobilisation des responsables municipaux pour la fournir des services efficaces de dépistage, de prévention et de traitement du VIH ainsi que la réduction de la stigmatisation et la discrimination. La déclinaison de l'approche villes/iles au Cap Vert à travers :

- i) Connaître les vulnérabilités et les risques qui sont exacerbés en milieu insulaire (documenter / cartographies),
- ii) Focaliser sur les populations à plus fort risque / populations clés (plus concentrées dans les Iles) / soutenir ceux qui en ont le plus besoin,
- iii) Assurer l'accès aux soins et à des services équitables et non stigmatisant,
- iv) Soutenir les transformations sociales qui favorisent la réponse à l'épidémie, à travers le tissu associatif et communautaire,
- v) Leadership des maires et autres élus locaux à mobiliser, mais aussi leadership à tous les niveaux et dans tous les secteurs, notamment les acteurs communautaires,
- vi) Contribution au financement domestique.

Chapitre 5: Cadre de suivi et d'évaluation du Plan Stratégique National 2017-2020

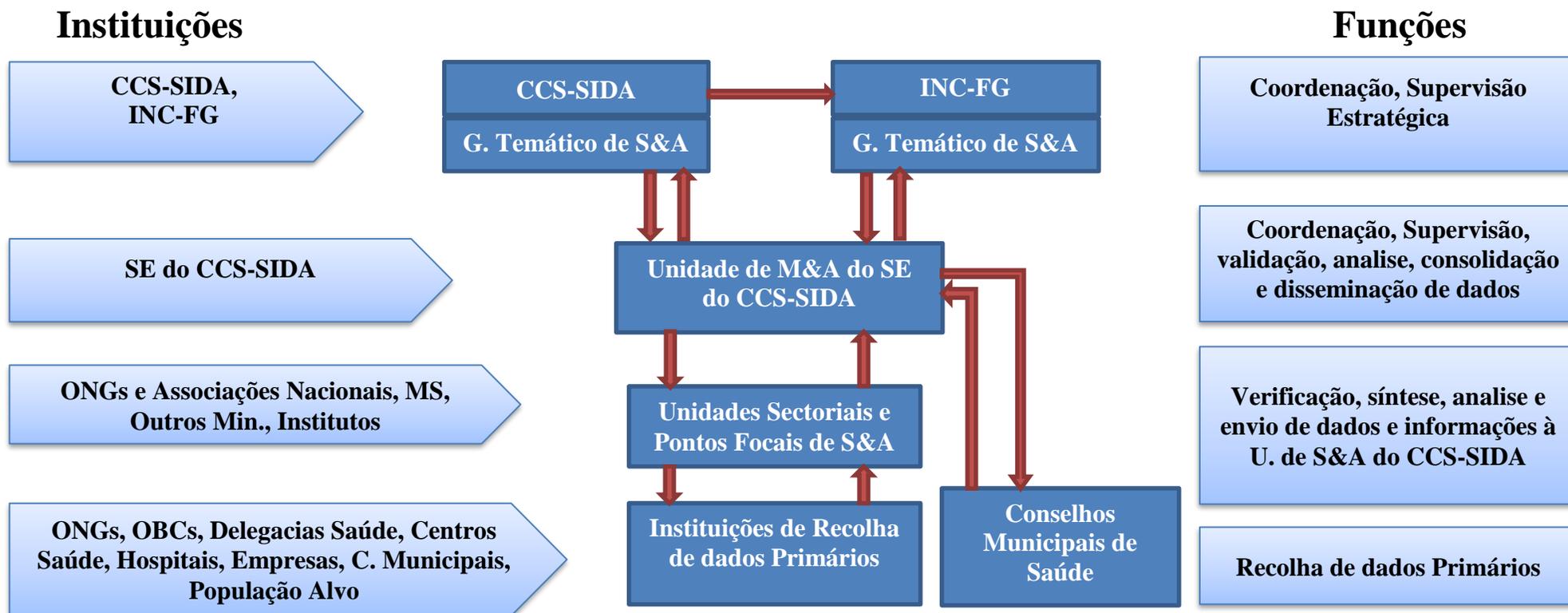
Le suivi et l'évaluation du PSN permettra d'apprécier la pertinence, l'efficacité et l'efficacité des interventions, ainsi que le niveau d'atteinte des cibles et des résultats attendus du PSN 2017-2020. Le cadre pour le suivi du plan sera coordonné à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional). Les outils de suivi comprennent le plan national d'information stratégique, les plans opérationnels, les plans décentralisés et les rapports d'activités, les rapports des différents comités, les rapports d'études et enquêtes et les rapports annuels VIH. Le système de suivi évaluation est basé sur une collecte journalière des données au niveau des structures sanitaires et communautaires à travers des supports de collecte (registres PTME, outils de suivi du patient VIH avec ou sans ARV, registres CDV...).

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

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

La surveillance épidémiologique se fera par le Ministère de la Santé et le SE/CCS/SIDA à travers des enquêtes bio comportementales régulières, les tendances de la prévalence de l'infection à VIH dans des sous-groupes de population ou dans la population générale, il s'agira de (ii) des enquêtes sérologiques répétées dans les populations à haut risque telles que les professionnelles du sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (MSM) et les utilisateurs de drogues (UD) ;(iii) la surveillance de la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux et (iv) des enquêtes sérologiques répétées dans la population générale lors des enquêtes démographiques et de santé (EDS+).

Fluxograma do sistema de informação sobre o VIH – SIDA



Chapitre 6 : Cadre de financement du Plan Stratégique National 2017-2020

Le Cap Vert a souscrit à la stratégie 90-90-90 ». Cet engagement, ne peut être réalisé que si des moyens conséquents sont disponibles et que leur utilisation s'inscrit dans un cadre d'efficacité et d'efficacités

La réalisation de cet engagement nécessite une augmentation de la contribution financière du gouvernement Cap Vert et du secteur privé national afin de réduire progressivement la dépendance vis à vis des financements extérieurs.

Mobiliser plus de ressources au niveau gouvernemental et du secteur privé est par conséquent un enjeu national pour la durabilité de la réponse au VIH.

Aussi l'analyse qui sera engagée dans le cadre de la mise en œuvre du financement de transition dont l'objectif premier est de fournir aux autorités du Cap Vert des données complètes concernant les besoins et possibilités d'investissement pour la lutte contre le VIH dans le cadre du financement de la santé et du développement. Cette analyse devra mettre en évidence différentes options de politique financières et scénarii d'investissement, selon les données retenues dans la priorisation des programmes relatifs au VIH.

Coût x Million Escudos	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Impact 1: la dynamique des nouvelles infections est réduite de 30% d'ici 2020	81 509 353,88	65 387 063,50	139 666 590,63	156 070 109,00	106 258 033,13	548 891 150,13
Impact 2: Le taux de mortalité des PVVIH est réduit de 30% d'ici à 2020	23 626 541,88	13 682 254,50	44 232 124,63	20 089 877,00	13 021 477,13	114 652 275,13
Impact 3: Les droits humains des PVVIH et autres populations vulnérables sont effectivement respectées d'ici 2020	38 380 870,88	26 490 673,50	51 683 014,63	17 620 383,00	10 924 237,13	145 099 179,13
Impact 4: La gouvernance et la coordination de la réponse nationale sont efficaces d'ici 2020	82 923 910,88	76 000 098,50	58 816 251,63	64 738 295,00	48 769 391,13	331 247 947,13
TOTAL PAR ANNEE	226 440 678	181 560 090	294 397 982	258 518 664	178 973 139	1 139 890 552

Stratégie pour la mobilisation des ressources

L'analyse de l'environnement des ressources national et local montre qu'il existe des opportunités pour un financement durable de la riposte nationale au Cap Vert. Le Plan stratégique 2017-2020 vise à mobiliser les partenaires potentiels au niveau national et international.

Elaboration de la stratégie nationale et d'un plan opérationnel budgétisés

Identification des partenaires fournisseurs potentiels de ressources selon un processus continu. Les fonds nationaux (Etat, Collectivités, Mairies, secteur privé national, ménages), les fonds internationaux (Fonds mondial, Union Européenne), les Fonds des partenaires bilatéraux fournisseurs de ressources, les Institutions financières internationales (Banque mondiale, BAD, BID)

La stratégie de mobilisation de ressources passe par :

- L'augmentation des financements domestiques pour des investissements durables avec l'Etat à travers le budget national.
- L'implication des collectivités locales, des mutuelles et des comités de santé dans le cadre de la mobilisation des financements domestiques.
- L'élaboration des plans d'action des secteurs impliqués dans la riposte à partir de la stratégie nationale et affectation des financements propres dans leur budget plaidoyer.
- Le développement d'une politique de partenariat public privé.
- Les financements innovants reposant notamment sur des contributions et taxes sur les activités à large assiette.
- L'exploration d'autres pistes pour la création de taxes (alcool, tabac, appels téléphoniques).
- Les taxes sur les transports aériens, sur les transferts financiers.
- Le co-investissement pour le maintien du financement des partenaires extérieurs.

Les mécanismes

- Cartographie des financements : elle se base sur la transparence des financements mobilisés tant à l'échelle national qu'international. A travers le reporting annuel, un récapitulatif des financements effectivement mobilisés et décaissés est nécessaire tout en indiquant les domaines programmatiques financés et les résultats obtenus.
- La mobilisation des ressources internationales : La disponibilité de plans opérationnels donnera une meilleure prédictibilité/programmation des appuis techniques et financiers de la part des PTF. Cette exigence est importante au vu de la différence

existant entre les cycles de planification-budgétisation du Gouvernement Ivoirien et ceux des PTF.

- Gestion du risque et redevabilité : L'approche du PSN 2017- 2020 à l'égard de la redevabilité envers les partenaires nationaux et internationaux. Cette redevabilité s'adresse également aux communautés, aux personnes vivant avec le VIH en plus de la transparence des actions, de la participation, et de la gouvernance.

ANNEXES

ANNEXE 1 - Tableau des résultats d'impact et d'effets, et des stratégies.

Résultat d'impact 1: La dynamique des nouvelles infections est réduite de 30% d'ici 2020

Effets	Stratégies
Effet 1.1: D'ici 2020 le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins 1%	Le renforcement des capacités techniques et humaines ;
	L'approvisionnement régulier en réactifs de dépistage VIH, médicaments, tests pour le diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositive ;
	La référence vers les sites de prise en charge des adultes et des enfants ;
	Promotion et appui à l'accès aux substituts du lait maternel, à tous les enfants nés de mères séropositives;
	Le renforcement de l'appui psycho-social des mères séropositives et leurs maris/compagnons
Effet 1.2.: D'ici 2020 assurer la sécurité transfusionnelle à 100% du sang transfusé	L'analyse systématique du sang à transfuser pour le VIH et d'autres grands agents étiologiques transmis par le sang ;
Effet 1.3: D'ici 2020, 90% des jeunes filles et jeunes garçons en contexte de vulnérabilité utilisent le préservatif lors des rapports sexuels	Promotion des services de prévention et de prise en charge des IST notamment chez les jeunes ;
	Renforcement des capacités des structures de santé et des organisations communautaires sur le diagnostic et la prise en charge des IST, y compris l'approche services conviviaux aux adolescents ;
	Ciblage des populations les plus exposées au risque ;
	Introduction de l'éducation sexuelle dans les établissements en contact avec les jeunes filles et garçons ;
	Disponibilité et information sur les points de distribution du préservatif masculin et féminin ;
Effet 1.4: D'ici 2020, 90% des PS connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels payants	Renforcement des capacités des éducateurs de Pairs ;
	Education de Pairs ;
	Promotion des services de prévention et de prise en charge des IST notamment chez les PS ;
	Mise à la disposition des préservatifs sur les points de fréquentations des PS ;
	Disponibilité et information sur les points de distribution du préservatif masculin et féminin ;
Effet 1.5: D'ici 2020, 90% des HSH connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels	Renforcement des capacités des éducateurs de Pairs ;
	Education de Pairs ;
	Promotion des services de prévention et de prise en charge des IST ;
	La mise à disposition des préservatifs sur les points de fréquentations des HSH ;
	Disponibilité et information sur les points de distribution du préservatif masculin et féminin ;

Effet 1.6: D'ici 2020, 75% des UD connus utilisent le paquet de services de réduction des risques (RdR)	Renforcement des capacités des Educateurs de Pairs ;
	La mise à disposition des préservatifs sur les points de fréquentations des UD;
	Promotion des services de prévention combiné adapté à l'usage de drogues ;
	Sensibilisation, offre de conseil dépistage, offre de la prophylaxie et la prise en charge des IST, l'accès aux préservatifs et gels lubrifiants, l'orientation vers les soins et la prise en charge en ARV en cas de séropositivité, respects des droits humains ;
	Réinsertion socio-professionnelle des UD ;
Effet 1.7: D'ici 2020, 75% des détenus connaissent leur statut sérologique	Plaidoyer auprès des responsables des centres de détention ;
	Promotion des services de prévention et d'information de sensibilisation ;
	Prévention des risques de co-infection VIH/TB ;
	Offre de conseil et de dépistage ;
	Orientation vers les soins et accès aux ARV ;
	Conseils psycho-sociaux pour la sortie de détention ;
Effet 1.8: D'ici 2020, 75% les populations mobiles (populations migrantes, transporteurs et pêcheurs) utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels	Education de Pairs ;
	Renforcement des capacités des éducateurs de pairs ;
	Education de Pairs ;
	Mise à la disposition des préservatifs sur les points de fréquentations des groupes - cible ;
Effet 1.9: D'ici 2020, 100% structures de santé assurent une prise en charge en cas d'accident d'exposition au sang et autre produit biologique ainsi que les VBG	Sensibilisation, offre de conseil dépistage, offre de la prophylaxie et la prise en charge des IST, l'accès aux préservatifs et l'orientation vers les soins et la prise en charge ARV, en cas de séropositivité
	Cartographie des structures qui offrent des ARV et des services AES ;
	Formation et supervision des professionnels ;
	Définition des protocoles des AES/LB ;
	Estimation et quantification des besoins ;
	Distribution et mise à disposition des médicaments et intrants ;
	Suivi-évaluation des AES/LB ;
La promotion de la biosécurité ;	

Résultat impact 2: Le taux de mortalité des PVVIH est réduit de 30% d'ici à 2020

Effets	Stratégies
Résultat d'effet 2.1: D'ici 90% des PvVIH adultes et adolescents diagnostiqués sont sous ARV	Information et sensibilisation pour l'adhésion aux soins ;
	Optimisation des schémas thérapeutiques efficaces, économiquement abordables, administrables avec une toxicité ou des interactions médicamenteuses minimales et faisant barrière au développement d'une résistance ;
	Fourniture d'outils diagnostics utilisables sur le lieu des soins, simples, économiquement abordables, fiables et de qualité garantie, ainsi que d'autres moyens de diagnostic et de suivi simplifiés ;
	Adaptation de la prestation des services de soins et de traitement par la décentralisation et l'intégration adéquate à d'autres services de santé consacrés ou non au VIH, ainsi que par la participation de la communauté à la prestation des services et l'observance ;
	Développement de programmes promotionnels pour les populations les plus exposées aux risques ;
Résultat d'effet 2.2: En 2020 75% des PvVIH (adultes, adolescents et enfants) diagnostiqués et en besoin de traitement contre les co-infections et comorbidités sont pris en charge	Renforcement de la prise en charge de la co-infection TB/VIH
	Renforcement de la prise en charge de la co-infection VIH/VHB (hepatite B crónica)
	Prévention des risques cardio-vasculaires chez les PVVIH
	Renforcement de la prise en charge de l'alcoolisme chez les PVVIH ;
Résultats d'effet 2.3: D'ici 2020 90% des PvVIH bénéficient du paquet de service de soutien psychologique et social de qualité	Réaliser un état des lieux des besoins ;
	Définir et diffuser les normes ;
	Mise à disposition du personnel communautaire et social pour l'accompagnement des PVVIH ;
	Former les acteurs de la prise en charge psychologique et sociale ;
	Renforcement de capacité institutionnel des réseaux des PVVIH pour la gestion des AGR ;
	Renforcement de la mobilisation des ressources pour le soutien socioéconomique aux PVVIH ;
Résultat d'effet 2.4: D'ici 2020, 90% des PVVIH bénéficient des consultations d'observance et d'éducation thérapeutique	- Sensibilisation des professionnels de santé sur l'importance de l'éducation thérapeutiques des patients ;
	- IEC de proximité, auprès des patients ;
Résultat d'effet 2.5: D'ici 2020, 90% des PvVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV sont en suppression virale à 12 mois	Amélioration du processus de transport des échantillons de sang vers les hôpitaux centraux ;
	Disponibilité d'équipements et intrants, pour les examens de la charge virale ;
	Amélioration du suivi des patients ;
	Observance du traitement ;
Résultat d'effet 2.6: D'ici 2020 les équipements et intrants de laboratoire ainsi que les médicaments (ARV et IO) sont disponibles dans tous les centres de traitement	Acquisition des équipements nécessaires, pour le contrôle des patients ;
	Maintenance régulière des équipements ;
	Amélioration de la gestion des stocks des médicaments (d'ARV et IO) et intrants).

Résultat d'impact 3: Les droits humains des PVVIH et autres populations vulnérables sont Effectivement respectées d'ici 2020

Effets	Stratégies
Résultat d'effet 3.1: En 2020, l'environnement sociojuridique et légal de la lutte contre le sida garantissant les droits humains est actualisé et renforcé	Actualisation du cadre juridique sur le VIH-SIDA ;
	Sensibilisation sur la législation concernant le VIH-SIDA ;
	Renforcement du cadre institutionnel sur le VIH-SIDA ;
Résultat d'effet 3.2: En 2020, 60% des institutions de protection des droits humains sont engagés dans la défense des droits des PVVIH et autres populations vulnérables	L'articulation entre les institutions de protections des droits humains ;
	L'implication du réseau des PVVIH-SIDA ;
	L'implication des journalistes et des organes de communication sociale ;
	L'actualisation de la législation sur le VIH-SIDA.
Résultat d'effet 3.3: En 2020, 80% des PvVIH accèdent aux services de protection relatifs aux droits humains en lien avec la lutte contre la stigmatisation et la discrimination prenant en compte le genre	L'articulation entre les institutions de protections des droits humains ;
	L'implication du réseau des PvVIH-SIDA ;
	L'implication des journalistes et des organes de communication sociale ;
	La socialisation de l'étude sur l' stigma e la discrimination.

Résultat d'impact 4: L'efficacité de la gouvernance et la coordination de la réponse est renforcée d'ici 2020

Effets	Stratégies
Résultat d'effet 4.1: D'ici, 2020 la coordination et le <i>leadership</i> de la réponse nationale au VIH/sida sont renforcés au niveau central et décentralisé	Le renforcement de la coordination du CCS-SIDA, auprès des acteurs de la lutte contre le VIH-SIDA ;
	Le renforcement du <i>leadership</i> de l'État, dans tous les processus de la lutte ;
	Le Renforcement de l'implication de tous les acteurs de la société civile dans la lutte ;
Résultat d'effet 4.2: D'ici 2020 le processus de financement de transition est engagé et opérationnel	Sensibilisation des autorités nationales en vue d'augmenter de façon progressive la participation nationale au financement du PSN ;
	Incrémentation d'une culture de rationalité, de résultats et de transparence, dans la gestion des ressources ;
Résultat d'effet 4.3: D'ici 2020 les ressources financières auprès de l'Etat, du secteur privé et des partenaires couvrent les besoins du PSN 2016-2020	Plaidoyer auprès de l'Etat et des partenaires pour le financement du PSN ;
Résultat d'effet 4.4: D'ici 2020 les informations stratégiques sont disponibles et utilisées pour la prise de décisions	Assurer la mise en œuvre des études épidémiologiques et comportementales de première et deuxième génération, et autres mesures de suivi et évaluation nécessaires du Plan, à une meilleure connaissance de la dynamique de l'épidémie et de la planification institutionnelle et communautaire, au sein de la population générale et chez les groupes vulnérables ;
	Assurer le suivi et l'évaluation du Plan

Résultat d'effet 4.5 : D'ici 2020 le système communautaire est renforcé pour une participation efficace à la réponse nationale	Formation et empowerment institutionnelles et organisationnelles adressée aux organisations communautaires.
---	---

ANNEXE 2 - Tableaux des résultats d'effets et activités

Résultat d'impact 1: La dynamique des nouvelles infections est réduite de 30% d'ici 2020

Résultats d'Effets	Activités	Ano 1				Ano 2				Ano 3				Ano 4			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Effet 1.1: D'ici 2020 le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins 1%	- Élaborer un plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant																
	- Maintenir une base de données mise à jour pour effet de PTV;																
	- Consolider et renforcer les mécanismes de Suivi des femmes enceintes / mères séropositives et les enfants nés de mères infectées par le VIH;																
	- Sensibiliser les femmes enceintes pour l'ADV, par des agents de santé, des campagnes publiques et des ONG avec vocation en matière de santé;																
	- Assurer l'accès universel des femmes enceintes à l'ADV;																
	- Présentation pour l'introduction de l'utilisation d'inhibiteurs de lactation, chez les mères infectées par le VIH;																
	- Mettre au point des directives pour la certification du pays en vue de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant;																
	- Élaborer le plan d'approvisionnement des réactifs et consommables;																
	- Acquérir les réactifs et consommables;																
	- Dédouaner les produits;																
	- Assurer la distribution des produits.																
	- Assurer un système efficace de référence et contre-référence pour le renvoi de femmes enceintes et des mères infectées par le VIH;																
	- Assurer le TARV pour les mères séropositives;																

Résultat impact 2: Le taux de mortalité des PVVIH est réduit de 30% d'ici à 2020

Résultats d'Effet	Activités	Ano 1				Ano 2				Ano 3				Ano 4				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Effet 2.1: D'ici 2020, 90% des PvVIH adultes et adolescents diagnostiqués sont sous ARV	- Réaliser 6 campagnes de sensibilisation par les professionnels de santé par an sur la pertinence d'une bonne adhérence au traitement, en tenant compte de la spécificité de la maladie (2 Praia, 1 Santiago Norte, 1 Fogo, 1 São-Vicente et 1 São -Antonio);																	
	- Améliorer l'articulation du service de soins cliniques des PvVIH avec le service de prise en charge psychosociale ;																	
	- Mise à jour du protocole de traitement ARV;																	
	- Diffuser le protocole de traitement mis à jour et sensibiliser et pour son adoption (par le biais de la télémédecine);																	
	- Identifier les besoins en ARV, les tests et consommables;																	
	- Acquérir les ARV, les tests et les consommables;																	
	- Veiller au dédouanement et au stockage des ARV, des tests et consommables;																	
	- Assurer la distribution des ARV, des tests et consommables, au niveau national;																	
	- Assurer la disponibilité des ARV, des tests et consommables dans tous les centres de Santé et locaux du diagnostic;																	
	- Évaluer chaque année la quantification en produits de pharmacie;																	
	- Poursuivre et finaliser le processus de décentralisation de l'accès aux ARV dans les centres urbains de Praia et Mindelo, au niveau des centres de santé;																	
	- Mobilisation des ONG, en particulier les associations de PvVIH-SIDA, pour les actions visant améliorer la conformité au traitement;																	
	- Promouvoir des actions de proximité par le biais des éducateurs de pairs pour la récupération des cas perdu de vue et l'amélioration pour l'adhésion au traitement;																	
Effet 2.2: En 2020, 75% des PvVIH (adultes, adolescents et enfants) diagnostiqués et en besoin de traitement contre les co-infections et comorbidités sont pris en charge	- Améliorer les conditions pour la réalisation du diagnostic de la TB chez les PvVIH, en s'assurant que tous les cas présumés de TB chez les PvVIH sont dépistés avec le Xpert MTB/RIF;																	
	- Fournir le test de dépistage du VIH à tous les patients atteints de TB;																	
	- Fournir des médicaments antirétroviraux de qualité pour tous les patients avec la co-infection TB-VIH, avant de terminer la phase intensive du traitement pour la TB;																	
	- Fournir le <i>co-trimoxazole</i> à tous les patients avec la co-infection TB-VIH ;																	
	- Fournir l' <i>isoniazide</i> à tous les PvVIH pour la <i>prophylaxie</i> de la TB ;																	
	- Formation du personnel de santé, dans la prise en charge de la co-infection TB-VIH.																	
- Fournir les conditions pour la réalisation du diagnostic et le suivi clinique et biologique de l'hépatite B chronique chez les PvVIH ;																		

Résultat d'impact 3: Les droits humains des PVVIH et autres populations vulnérables sont effectivement respectées, d'ici 2020

Résultats d'Effet	Activités	Ano 1				Ano 2				Ano 3				Ano 4				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Effet 3.1: En 2020, l'environnement sociojuridique et légal de la lutte contre le sida garantissant les droits humains est actualisé et renforcé	- Promouvoir la mise à jour de la loi n°19/VII/2007 du 26 Novembre, sur la protection des droits des PvVIH et leurs règlements respectifs;																	
	- Mener des campagnes publiques pour la diffusion de la loi sur la protection des droits des PvVIH dans les différents segments de la société cab verdienne;																	
	- Mener des campagnes publiques contre la stigmatisation et la discrimination des PvVIH;																	
	- Promouvoir la création d'un système d'encouragements aux entreprises qui emploient des PvVIH;																	
	- Réalisation des campagnes de divulgation du système d'incitations aux entreprises employant des PvVIH;																	
	- Élaborer un document de politique nationale de lutte contre le SIDA;																	
	- Promouvoir la réglementation de la loi sur le mécénat pour le secteur de la santé;																	
Effet 3.2: En 2020, 60% des institutions de protection des droits humains sont engagés dans la défense des droits des PVVIH et autres populations vulnérables	- Faire un inventaire des institutions et entités liées à la défense et à la protection des droits de l'homme dans le pays;																	
	- Promouvoir la coordination périodique avec les acteurs de défense et protection des droits de l'homme, en faveur des PvVIH ;																	
	- Développer des partenariats avec des institutions de défense et protection des droits de l'homme, pour défendre les droits des PvVIH et d'autres populations vulnérables;																	
	- Promouvoir la participation du réseaux de PVVIH ;																	
	- Renforcer la capacité du Réseaux de PVVIH ;																	
	- Promouvoir des réunions régulières avec les journalistes sur la défense et la protection des droits de l'homme, en faveur des PvVIH;																	
	- Promouvoir la mise à jour de la loi n°19/VII/2007 du 26 Novembre, sur la protection des droits des PvVIH et leurs règlements respectifs;																	
Effet 3.3: En 2020, 80% des PvVIH accèdent aux services de protection relatifs aux droits humains en lien avec la lutte contre la stigmatisation et la discrimination prenant en compte le genre	- La promotion de deux réunions annuelles, de l'articulation entre les institutions de protection des droits de l'homme, sur les droits des PvVIH, en concertation avec le Réseau des PvVIH;																	
	- Réaliser une réunion annuelle avec les journalistes sur la question de la lutte contre le VIH-SIDA dans le pays, en concertation avec l'Association des journalistes;																	
	- Réaliser des réunions de divulgation de l'étude sur la stigmatisation et la discrimination, en concertation avec le réseau PvVIH;																	
	- Réaliser et diffuser des campagnes d'IEC, sur la promotion des droits de l'homme, en particulier des PvVIH;																	

Résultat d'impact 4: L'efficacité de la gouvernance et la coordination de la réponse est renforcée d'ici 2020

Résultats d'Effet Ano4	Activités	Ano 1				Ano 2				Ano 3				Ano 4			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Effet 4.1: D'ici, 2020 la coordination et le <i>leadership</i> de la réponse nationale au VIH/sida sont renforcés au niveau central et décentralisé	- Promouvoir la réalisation régulière de réunions par le CCS SIDA (2 réunions par an);																
	- Organiser des réunions sectorielles régulières de suivi et d'évaluation (2 réunions par an);																
	- Renforcer la formation des équipes locales dans le domaine du <i>leadership</i> et de l'élaboration et gestion de projets (7 formations : Praia, Santiago Nord, Fogo / Brava, São-Nicolau, Sal / Boavista, São-Vincente, Santo-Antão);																
	- Réaliser deux rencontres par an, avec les ONGs, sur la thématique VIH-SIDA ;																
Effet 4.2: D'ici 2020 le processus de financement de transition est engagé et opérationnel	- Réaliser des réunions de sensibilisation à haut niveau (Gouvernement, Association Nationale des municipalités et des Mairies) à l'inclusion de la lutte contre le VIH-SIDA en ordre du jour lors des discussions sur les financements;																
	- Former les acteurs dans le suivi et l'évaluation et la gestion durable;																
Effet 4.3: D'ici 2020 les ressources financières auprès de l'Etat, du secteur privé et des partenaires couvrent les besoins du PSN 2016-2020	- Élaborer et mettre en œuvre un plan de mobilisation des ressources qui comprend la cartographie de potentiels partenaires Financiers du PSN et réaliser des réunions pour la sensibilisation partielle des principaux acteurs de ce processus, tant pour les secteurs public que privé;																
	- Présenter le PSN budgétisé à tous les principaux partenaires, national et International (2 réunions) avec le l'implication des Ministères de tutelle;																
	- Formaliser des partenariats avec le secteur privé, national et international, pour le cofinancement du PSN;																
Effet 4.4: D'ici 2020 les informations stratégiques sont disponibles et utilisées pour la prise de décisions	- Développer les TDR et réaliser des études pour évaluer l'impact de PTV au Cabo-Verde;																
	- Etudier l'impact socio-économique du VIH-SIDA sur les individus, les familles et la société cab verdienne;																
	- Promouvoir la réalisation de l'IDSR III;																
	- Etudier l'impact du traitement antirétroviral TARV sur la survie des PVVIH;																
	- Etudier le temps entre l'identification de l'infection au VIH et le développement des symptômes du SIDA;																
	- L'étude du profil de PvVIH perdues de vue, y compris l'état clinique au moment de sa réintégration dans le système de suivi;																
	- Mener des études sur la biologie du VIH;																
	- Mener des études sur le Profil immunologique et virologique de séropositifs;																
- Promouvoir une étude sur la mortalité par le SIDA au Cabo Verde;																	

