|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Formulaire de demande de financement  Période d’allocation 2020-2022 |   Examen complet |

*Se reporter aux Instructions relatives à « l’examen complet » pour remplir ce formulaire.*

Résumé

|  |  |
| --- | --- |
| **Pays** | Côte d’Ivoire |
| **Composante(s)** | VIH |
| **Date de début prévu de la ou des subvention(s)** | 1er janvier 2021 |
| **Date de fin prévue de la ou des subvention(s)** | 31 décembre 2023 |
| **Récipiendaire(s) principal(ux)** | PNLS  Alliance Côte d’Ivoire |
| **Devise** | Euros |
| **Montant de la demande de financement dans les limites de l’allocation** | 79,155,581 |
| **Montant de la demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée[[1]](#footnote-2)** | 28,513,648 |
| **Montant de la demande de fonds de contrepartie[[2]](#footnote-3)**  (le cas échéant) | 1,994,630 |

**A picture containing clipart

Description automatically generated**

# Section 1 : Contexte lié à la demande de financement

Pour répondre aux questions ci-dessous, se reporter aux *Instructions* et au(x) **tableau(x) des données essentielles**.

## Principaux documents de référence concernant le contexte du pays

Énumérer les principaux documents de référence cités dans la présente demande de financement qui fournissent des informations contextuelles transversales et propres aux maladies concernant le pays. Les *Instructions* contiennent une liste des types de documents pouvant être utilisés.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Funding Request Section** | **Annex Number** | **Document Title** | **Exact Page Reference** | **Language** |
| 1.2 1.3 | Annexe 1 | Rapport de Revue du Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les IST 2016-2020 | Section 1.2 : p.26,27,28,40,55,63 Section 1.3 : p.15,63 | Français |
| 1.2 2.2 | Annexe 2 | Côte d'Ivoire: 2020 HIV draft Estimates |  | Anglais |
| 1.2 2.1 2.2 | Annexe 3 | Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le sida et les infections sexuellement transmissibles 2021-2025 | Section 1.2 : p.12 Section 2.1 : p.37,38 Section 2.2 : p.13,23 | Français |
| 1.2 2.2 | Annexe 4 | Summary Sheet: Côte d'Ivoire Population-Based HIV Impact Assessment CIPHIA 2017-2018 | Section 1.2 : p.1,2 Section 2.2 : p.1 | Anglais |
| 1.2 | Annexe 5 | Sexual health needs of female sex workers in Côte d’Ivoire: a mixedmethods study to prepare the future implementation of pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention | p.9 | Anglais |
| 1.2 | Annexe 6 | J Acquir Immune Deﬁc Syndr, Volume 75, Number 3, July 1, 2017 : Is PrEP Needed for MSM in West Africa? HIV Incidence in a Prospective Multicountry Cohort | p.81 | Anglais |
| 1.2 | Annexe 7 | Rapport à mi-parcours: Etude pour l’identification des besoins spécifiques en matière de prévention et prise en charge IST-VIH/sida chez les personnes transgenres à Abidjan – Côte d'Ivoire, 2020 | p.20 | Français |
| 1.2 | Annexe 8 | Note technique sur la triangulation des données en matière de populations clés en Côte d’Ivoire | p.6 | Français |
| 1.2 2.2 | Annexe 9 | Evaluation du cadre juridique de protection des droits en matière de VIH (LEA) en Côte d’Ivoire, 2018 | p.108,109,124 | Français |
| 1.2 | Annexe 10 | Enquête sur connaissance, attitudes, pratiques et seroprévalence du VIH chez les militaires et gendarmes de Côte d'Ivoire (SABERS 2014) | p.19 | Français |
| 1.2 | Annexe 11 | Rapport à mi-parcours : Identification des besoins spécifiques en matière de prévention et prise en charge IST-VIH/sida chez les personnes handicapées à Abidjan Côte d’Ivoire, 2020 | p.21 | Français |
| 1.2 | Annexe 12 | Rapport d'activités PNLS, 2019 | p.22,23 | Français |
| 1.2 | Annexe 13 | Côte d'Ivoire: 2019 HIV draft Estimates |  | Anglais |
| 1.2 | Annexe 14 | Côte d'Ivoire, Profil Tuberculose 2018, source site internet WHO |  | Français |
| 1.2 | Annexe 15 | Rapport annuel de la lutte contre la tuberculose - Côte d'Ivoire, 2018 | p.30 | Français |
| 1.2 1.3 | Annexe 16 | Feuille de route pour l’opérationnalisation de la Thérapie Préventive a l’Isoniazide (TPI) chez les PVVIH en Côte d’Ivoire, édition de Mai 2020 | Section 1.2 : p.3,4 Section 1.3 : p.2; p.5 | Français |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.2 | Annexe 17 | Évaluation de référence − Côte d’Ivoire Déployer à grande échelle des programmes visant à réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l’accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose | p.7-14 | Français |
| 1.2 2.2 | Annexe 18 | Rapport final: Etude nationale de l’index de stigmatisation et discrimination envers les personnes vivant avec le VIH en Côte d’Ivoire, Août 2016 | Section 1.2 : p.17 Section 2.2 : p.17,77 | Français |
| 1.2 | Annexe 19 | Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011-2012 | p.308 | Français |
| 1.2 | Annexe 20 | Feuille de Route pour la contribution des OSC dans l’accélération de la réponse au VIH en 2019-2020 en Côte d’Ivoire | p.28 | Français |
| 1.2 | Annexe 21 | Private Sector Health Project Final Performance Report, Dec. 2019 / USAID | p.25,29 | Anglais |
| 1.3 | Annexe 22 | Plan Opérationnel d’Accélération de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire 2019-2020 | p.6-8 | Français |
| 2.1 2.2 | Annexe 23 | Modélisation de scenarios de couverture et d’impact du PNLS pour le PSN 2021-2025 de la Côte d’Ivoire: Méthodes et Résultats | Section 2.1 : p.6,8; p.13; p.15 Section 2.2 : p.13 | Français |
| 2.1 | Annexe 24 | Rapport Dialogue Pays des trois pathologies VIH, Paludisme et Tuberculose, CCM mai 2020 |  | Français |
| 2.1 | Annexe 25 | Rapport du Dialogue pays VIH, CCM mai 2020 |  | Français |
| 2.1 | Annexe 26 | Compte rendu du Dialogue pays Communautaire VIH, Alliance Côte d’Ivoire, mai 2020 | p.8 | Français |
| 2.2 | Annexe 27 | Cartographie de l'offre de service PEPFAR et FM, mai 2020 |  | Français |
| 2.2 | Annexe 28 | Document de normes nationales de prévention combinée VIH pour les TS, HSH et UD - 2017 | p.17 | Français |
| 2.2 | Annexe 29 | Directive Nationale de la Prévention Combinée des IST et du VIH chez les Adolescent(e)s et Jeunes, 2020 | p.8 | Français |
| 2.2 | Annexe 30 | Enquête par grappes à indicateurs multiples - Côte d’Ivoire 2016: La situation des femmes et des enfants en Côte d'Ivoire | p.155; p.157 | Français |
| 2.2 | Annexe 31 | Enquête socio-anthropologique sur les déterminants de la faible demande de dépistage du VIH-sida en Côte d’Ivoire : Etude pour une efficacité de la stratégie et des outils de communication | p.95,100 | Français |
| 2.2 | Annexe 32 | Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le sida 2016-2020 | p.90 | Français |
| 2.2 | Annexe 33 | Rapport Campagne annuelle de pladoyer en vue d’un environnement juridique et politique favorable sur la base des données de l’observatoire – année 2019 |  | Français |
| 2.2 | Annexe 34 | Document de stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre |  | Français |
| 2.3 | Annexe 35 | Plan Quinquennal Droits Humains, VIH et Tuberculose de la Côte d’Ivoire (2021-2025) |  | Français |
| 3.b | Annexe 36 | Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2017-2021 |  | Français |
| 4.2 | Annexe 37 | Rapport d’évaluation de l’état de préparation à la transition et à la pérennité des financements des interventions liées au VIH et aux IST en Côte d’Ivoire |  | Français |
| 2.2 | Annexe 38 | Base de données CIPHIA 2017-2018 |  | Anglais |

## Résumé du contexte du pays

Présenter les éléments cruciaux du **contexte du pays** qui ont servi à élaborer la présente demande de financement.

Les points suivants doivent être traités dans la réponse :

* le contexte épidémiologique et d’autres informations pertinentes relatives à la maladie ;
* des informations sur le système de santé spécialisé dans la maladie et le système de santé en général, ainsi que sur les liens qui existent entre eux ;
* les populations-clés et/ou vulnérables concernées ;
* les inégalités et les obstacles liés aux droits humains, au genre et à l’âge qui entravent l’accès aux services ;
* les inégalités et les obstacles socioéconomiques, géographiques et autres qui entravent l’accès aux services de santé ;
* l’engagement et les ripostes communautaires ;
* le rôle du secteur privé.

Se référer aux informations contenues dans les principaux documents de référence énumérés à la **section 1.1**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Système de santé et réponse au VIH**  Le réseau de couverture sanitaire de type pyramidal du système de santé de Côte d’Ivoire repose sur le District Sanitaire (DS), unité opérationnelle du système de santé qui regroupe l’ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte, dont le nombre est passé de 86 à 113 en 2019. Trente-trois (33) Directions Régionales de Santé (DRSLS) sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire du gouvernement dans les régions. Et le niveau central est organisé autour du Cabinet du ministre, de la Direction Générale de la Santé (DGS) et des services centraux. La réponse nationale au VIH s’intègre dans ce dispositif sous la tutelle de la DGS, avec comme organe principal le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS)  A travers l’IHP+ et le Compact international, la vision de la Côte d’Ivoire d’un système de santé performant et équitable s’incarne notamment à travers les engagements suivants : (i) la gratuité ciblée en faveur des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes (ii) ; la réforme hospitalière ; (iii) le financement basé sur la performance ; (iv) la décentralisation ; (v) l’organisation des interventions à base communautaire ; (vi) l’organisation des urgences ; (vii) l’organisation du système de référence et contre-référence ; (viii) la mise en place d’une couverture sanitaire universelle (CSU), adoptée en 2014 en complément des régimes classiques de protection sociale ; (ix) l’élaboration « d’une feuille de route » pour les directeurs régionaux (DR) et directeurs départementaux (DD) afin d’orienter leur action et impulser la « performance » au niveau des administrations locales ; (x) l’intégration progressive dans la base de données nationale des données des programmes de santé, des EPN hospitaliers, des établissements de santé privés libéraux et associatifs, de l’armée et des données communautaires.  La mise en œuvre des différentes dimensions de la réforme du système de santé permettra d’augmenter l’efficacité et l’impact du PSN VIH 2021-2025 (*Annexe 1*)*,* pour l’accès universel à la prévention et aux soins des populations vulnérables, parmi lesquelles les couples mère-enfant.  **Contexte épidémiologique et réponse à l’épidémie de VIH**  La Côte d’Ivoire reste l’un des pays les plus touchés par le VIH/sida dans l’Afrique de l’Ouest et du Centre. Selon l’analyse Spectrum 2020 (*Annexe 2*),la prévalence du VIH chez les 15-49 ans était estimée à **2,39%** (3,32% chez les femmes et 1,46% chez les hommes) (*Annexe 3).*Dans l’étude CIPHIA 2018 *(Annexe 4),* la prévalence observée était de 2,5% (3,6% chez les femmes et 1,4% chez les hommes).  L’épidémie de VIH est mixte, généralisée en population adulte (prévalence > 1% dans 80/86 districts sanitaires - DS - de l’ancien découpage sanitaire) et concentrée (> 5%) au sein des populations clés (TS, HSH, transgenres, UD/UDI, détenus). Selon l’analyse Spectrum 2020 (*Annexe 2)*, le nombre de PVVIH (tous âges confondus) était estimé à **428.827** en fin 2019, dont **64,5 %** de femmes et **7,4%** de moins de 15 ans (n=31 662). La prédominance féminine est observée dans les 86 DS dès l’adolescence (15-19 ans), puis s’accentue chez les 20-24 ans.    ***Graphique 1****: Répartition des PVVIH par tranche d’âge et par sexe* ***Graphique 2****: Répartitions des nouvelles infections*  De grandes disparités s’observent dans la **distribution géographique de l’épidémie à VIH**. Deux régions sanitaires (‘’Abidjan 2’’ et ‘’Abidjan 1 grands ponts’’, soit 12 DS) totalisent 157.771 PVVIH, soit environ **37%** de l’ensemble des PVVIH. Un total de 23 DS, dont 14 à l’intérieur du pays et 9 des 12 districts d’Abidjan, ont une prévalence supérieure à la moyenne nationale de **2,39%**.  Selon Spectrum 2020, les **nouvelles infections à VIH** (tous âges confondus) étaient estimées à **12.187** en 2019, dont 59,1% de femmes (**7.211**) et 62% survenant chez les ≥ 25 ans, 15% chez les 20-24 ans, 8% chez les adolescent(e)s de 15-19 ans et 15% chez les 0-14 ans (cf. graphique 2 ci-dessus). Le **taux d’incidence du VIH** tous âges confondus était estimé à **0,51%** (0,61% chez les femmes et 0,41% chez les hommes). Cette incidence moyenne masque d’importantes disparités selon l’âge et le sexe. Parmi les jeunes femmes de 20-24 ans, le taux d’incidence moyen du VIH est le plus élevé (**1,24%**), avec un total de 23 DS où cette incidence est supérieure au taux moyen (Spectrum 2020). Dans les populations clés, l’étude PrEP-CI/PACCI de 2016 (*Annexe 5)* a montré une incidence chez les TS de 1,8% à Abidjan et 3,2% à San-Pédro, et l’étude « CohMSM Espace confiance 2016 » *(Annexe 6),*une incidence de 6% chez les HSH à Abidjan.  Selon Spectrum 2020 *(Annexe 2),* en fin 2019 : (i) la réd, ction des nouvelles infections est estimée à **54%** (12 187 contre 26 784) depuis 2010 et 34% depui 2015 ; (ii) la réduction des décès liés au sida est estimée à 52% (12 893 contre 26 683) depuis 2010 et à 37% depuis 2015 ; et (iii) le rapport incidence/prévalence était de **2,8%** légèrement en deçà de la cible de 3% considérée comme l’objectif de contrôle de l’épidémie.    *Graphique 6 : Evolution du rapport Incidence / Prévalence du VIH entre 2000 et 2025 (Spectrum 2020, Annexe 2)*  La performance atteinte par la Côte d’Ivoire en termes de réduction du ratio incidence-prévalence est encourageante, située largement sous la moyenne de 5,5% enregistrée en Afrique de l’Ouest, si bien qu’on peut estimer que la transition épidémique est en cours en Côte d’Ivoire.  ***Populations clés****:*  Dans les populations clés du dernier PSN (PS, HSH, UD et population carcérale), plusieurs études bio-comportementales et d’estimations de taille de population ont été réalisées, qui montrent toutes (sauf en milieu carcéral) des niveaux de prévalence largement supérieurs à 2,39%. Dans une récente étude portant sur les personnes transgenres, la prévalence du VIH était de 22,6% (*Annexe 7).* Une attention particulière est donc nécessaire dans cette population spécifique.   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **2019** | **TS** | **HSH** | **UD** | **UDI** | **Transgenres** | **Détenus** | | **Taille Estimée** | 48 570 | 34 675 | 9 524 | 397 | 809 | 43 327 | | **Prévalence du VIH (%)** | 12,6% | 11,57% | 3,4% | 6% | 22,6% | 2,6% |   Tableau 2 : Estimation des tailles des populations clés et prévalences du VIH en 2019 (cf. : « Note technique estimation taille KPs » Annexe 8)  Bien que la lutte contre les IST et le VIH/sida se fonde sur une approche multisectorielle, décentralisée et visant une implication de toutes les parties prenantes, il persiste cependant des obstacles liés aux droits humains entravant l’accès aux services VIH. Deux études (*Annexes 9 et 10*) en 2018 ont mis en lumière ces obstacles parmi lesques les attitudes stigmatisantes et discriminantes à l’endroit des populations clés. La réduction de ces obstacles permettrait d'améliorer l'efficacité des ripostes nationales de la Côte d'Ivoire au VIH.  Parmi les autres populations vulnérables, on compte les personnes en situation de handicap (PSH), dont une récente étude a montré un taux de séropositivité du VIH de 2,8% parmi les 451 PSH enquêtées *(Annexe 10).* En 2014, l’enquête Sabers a montré 3,4% parmi les personnes en uniforme (gendarmes et militaires), mais les données de prévalence chez les clients de TS ne sont pas disponibles.  ***Enfants, adolescents et jeunes*** :  La prévalence estimée chez les enfants (0-14 ans) était de 0,3% et identique selon le sexe *(Annexe 2)*. Le différentiel garcon/fille apparait chez les 15-19 ans (0,5 chez les garçons vs 0,7% chez les filles) et s’accentue chez les 20-24 ans (prévalence 2,4 fois plus élevée chez les jeunes femmes). Les adolescents et les jeunes (particulièrement de sexe féminin) constituent une des populations vulnérables, mais seulement 39% des adolescents et jeunes ciblés dans le PSN 2016-2020 ont été touchés par les activités de CCC (*Annexe 1*). Il est prioritaire de renforcer les activités de prévention et de prise en charge à l‘endroit des adolescents et des jeunes en lien avec les autres programmes tel les SSU-SAJ, OEV, DREAMS, Ready, etc.  **Epidémie chez les femmes enceintes et TME :**  L’offre de services de PTME est fortement intégrée dans les formations sanitaires publiques (94% offrent ces services) et les données du PNLS montrent une réduction constante du taux de séropositivité chez les femmes enceintes (0,7% en 2019) (*Annexe 12*). Cependant, les estimations Spectrum 2019 montraient un nombre encore élevé de nouvelles infections chez les 0-14 ans avec un taux de TME du VIH à **10,3 %** en 2019 et seulement 34% des femmes enceintes sont vues en CPN1 au 1er trimestre de grossesse. La majorité (51%) des nouvelles infections à VIH pédiatriques proviennent des femmes enceintes qui ne reçoivent pas de traitement ARV pendant la grossesse ou pendant l’allaitement (33% et 18% respectivement) et 27% proviennent des femmes qui ont été infectées pendant leur grossesse ou pendant l’allaitement (7% et 20% respectivement) (*Annexe 13*).  Des efforts doivent donc être poursuivis pour dépister le plus grand nombre de femmes enceintes au cours du 1er trimestre dans les zones géographiques avec la charge la plus élevée et parmi les femmes des populations les plus vulnérables, assurer leur traitement ARV et sa poursuite chez les femmes allaitantes, pour réduire les contaminations tardives et garantir la rétention du couple mère-enfant jusqu'à la connaissance du statut définitif de l'enfant exposé.  ***Tuberculose et VIH****:*  La Tuberculose demeure un problème de santé publique préoccupant en Côte d’Ivoire (incidence de 142 cas pour 100 000 hab. ; **21 031 cas** notifiés sur 36 000 cas estimés en 2018 (soit 59%), (*Annexe 14*). Sur **99%** des cas qui ont bénéficié d’un test de dépistage du VIH, **4 091** patients **(20%)** étaient co-infectés TB/VIH, stable depuis 2016. Au total, 50% de toutes les coinfections TB/VIH déclarées se trouvaient dans seulement 7 DS, 80% dans 26 DS (*Annexe 15*). Entre 2017 et 2018, la TBMR/VIH a baissé de 17% à 5%. En 2012, la Côte d’Ivoire a adopté les directives pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH et en octobre 2017 la thérapie préventive à l’isoniazide (TPI), recommandées par l’OMS. Après une phase pilote de mise en oeuvre en fin 2018, le passage à l’échelle de la TPI dans les centres de prise en charge est prévu de façon progressive à partir de 2020 (*Annexe 16*).  ***PTME et Prise en charge Pédiatrique :***  L’offre de services de PTME est fortement intégrée dans les formations sanitaires publiques (94% offrent ces services), mais peu répandue dans le privé (2% des formations sanitaires privées) et globalement insuffisamment utilisée. A la fin de 2019, 97% des femmes enceintes attendues avaient bénéficié du dépistage VIH et reçu leur résultat en CPN et en maternité, mais seulement *34% des FE étaient vues en CPN1 au 1er trimestre de grossesse (Annexe 12)*. Parmi les dépistées positives, seulement 79% ont reçu des ARV, 63% ont accouché dans une formation sanitaire, et 36% des FVVIH en âge de procréer ont bénéficié de conseils en planification familiale. Parmi les enfants exposés, seulement 63% ont bénéficié de la prophylaxie ARV et 53% du dépistage précoce (avant 8 semaines de vie). L’écart programmatique en matière de PTME était concentré dans 47 DS (80% des nouvelles infections chez les enfants, 80% des FEVVIH et 81% du gap de couverture en ARV chez les FEVVIH).) (*cf. tab 2, section 2.1*).  La méconnaissance de leur statut VIH par les femmes en âge de procréer, la poursuite du TARV chez les femmes allaitantes selon les directives nationales pour réduire les contaminations tardives, la rétention du couple mère-enfant jusqu'au statut définitif de l'enfant exposé (élimination réelle des barrières financières, notamment informelles) demeurent les défis majeurs de la PTME. Les pesanteurs sociales et culturelles (faible engagement des maris et des communautés) semblent jouer un rôle plus déterminant que les difficultés d’accès géographique au service de PTME. L’offre de planification familiale dans les centres de prises en charge de FVVIH doit être améliorée.    Figure *3* : Schéma sur les 3 x 90 (2015 à 2019) selon le Spectrum 2020  ***Promotion du dépistage :***  La connaissance du statut sérologique est promue à travers une offre diversifiée : conseil dépistage à l’initiative du prestataire (CDIP) dans les structures de santé et dépistage au niveau communautaire, conseil dépistage à l’initiative du communautaire (CDIC) dans les structures de santé et les centres de dépistage volontaire (CDV) autonomes, autotest dans les structures de santé et au niveau communautaire. La promotion du dépistage ciblé des populations les plus exposées est au centre des objectifs. La promotion de l’autodépistage a démarré à travers les interventions du PEPFAR et du projet ATLAS en 2019, comme stratégie pour toucher des personnes difficiles à capter à travers les approches classiques.  On estimait en fin 2019, le **1er 90 à 79%** (74% chez les hommes ≥ 15 ans, 82% chez les femmes ≥ 15 ans et 50% chez les 0-14 ans), en nette progression par rapport à fin 2018 (69%). L’écart programmatique se situant pour 80% dans 28 DS, ciblés comme prioritaires dans le PSN *(Annexe 1)*. Selon une étude menée par l’Université de Genève, l’accès géographique à l’offre de service ne semble pas constituer un défi majeur, même si 50% de la pop vit à plus de 30 mn de marche d’un site de dépistage (sauf dans les régions Abidjan 1, 2 et Indenie-Djuablin).  Le dépistage VIH doit néanmoins faire face à plusieurs défis majeurs : (i) la qualité de la mise en œuvre du dépistage, qu’il s’agisse du dépistage par un tiers ou de l’autotest incluant une meilleure orientation sur les populations les plus à risque  ; (ii) le passage à l’échelle de l'approche de dépistage démédicalisé (communautaire) à l’endroit des populations cibles ; (iii) la mise en place d’un système de traçabilité des données communautaires dans le SNIS ; (iv) la généralisation de l’offre du dépistage VIH dans les structures de santé privées (intégration ; système de référence); et (v) le changement de conception sur le VIH pour accroitre l’utilisation des services de dépistage VIH par les populations clés et vulnérables.  ***Traitement et rétention dans les soins*** *:*  Dans le cadre de la stratégie nationale d’atteinte des 3x90, on estimait le **2ème 90 à** **63%** et le **3ème à 45%** fin 2019 *(Annexe 1)*.La file active des personnes traitées par ARV et suivies était estimée en 2019 à **269 135 PVVIH** parmi les adultes, contre 185 525 en 2016. Le nombre de formations sanitaires offrant une PEC ARV adulte est passé de 1006 en 2016 à 1856 en 2018 pour atteindre 2 242 en 2019. Malgré le renforcement de l’offre de TARV pour les enfants, le rythme d’accroissement des sites de prise en charge pédiatrique (1 327 sites en 2018 et 1 126 en 2019) ne suit pas celui des adultes, alors que la prise en charge adulte et pédiatrique devrait être intégrée. La file active des enfants traités par ARV est ainsi passée de 9 154 (25%) en 2016 à **10 442** (37%) en 2019, largement en-deçà de la cible de 90% du PSN. S‘agissant des populations clés dépistées positives au VIH, la mise sous TARV était de 44% parmi les HSH, 72% pour les UD et de 62% pour les TS en 2019. L’écart programmatique pour la couverture en TARV est concentré pour 80% dans 30 DS, ciblés comme prioritaires dans le PSN (*cf. tableau 2, section 2.1*).  Pour améliorer les performances, la PEC doit surmonter les défis suivants : (i) l’amélioration du lien au traitement des personnes nouvellement dépistées VIH+, grâce à la contribution communautaire (pair-navigation), pour éviter les perdus de vue précoces ; (ii) le passage à l’échelle effective de la délégation des tâches et du « traiter tous », qui contribuent à accroitre quantitativement et qualitativement la prise en charge des PVVIH ; (iii) l’intégration de la PEC ARV (initiation des ARV et suivi clinique) dans des sites communautaires qui seront soutenus et renforcés pour le faire, ainsi que dans le secteur privé ; (iv) le renforcement du lien entre les formation sanitaires et les organisations communautaires (OBC) ; et (v) le renforcement de la prise en charge pédiatrique (implication des non-pédiatres).  Concernant le **3ème 90**, il était estimé à **45%** fin 2019 (ou 76% des PVVIH traités par ARV ayant bénéficié d’une CV). Depuis 2018, des efforts importants ont été déployés par le PNLS et ses partenaires qui ont permis de réduire le taux des perdus de vue (à 3 mois) à 11% en fin 2019, soit 34 090 PVVIH. Les 2 régions sanitaires d’Abidjan totalisent à elles seules 46% de tous les perdus de vue, soit 15 615 PVVIH *(Annexe 1)*.  Améliorer les performances de la **rétention dans les soins** nécessite de surmonter  les défis suivants : (i) la couverture insuffisante en Education Thérapeutique des patients (ETP) ; (ii) les approches différenciées de prise en charge sont peu développées ; iii) le passage à l’échelle du paquet de services de rétention dans les soins pour un succès thérapeutique durable des patients (à 12, 24 et 36 mois) est insuffisant ; iv) le lien trop faible entre les différents acteurs de la prise en charge (soignants, personnels psycho-social et acteurs communautaires) ne permet pas le meilleur suivi et soutien des PVVIH et OEV. Les efforts seront concentrés sur les 28 DS prioritaires du PSN, avec un accent particulier sur le maintien des acquis et le renforcement des interventions dans les 2 régions sanitaires d’Abidjan.  Concernant la charge virale, 65% des régions disposaient d’une plateforme de CV en 2019 et l’écart programmatique pour le 3ème 90 se concentre dans 28 DS, ciblés comme prioritaires dans le PSN (cf. PSN). Les défis suivants persistent en la matière : (i) un faible niveau de prescription de la charge virale par les prestataires de soins persiste ; (ii) un faible niveau de compréhension de l'intérêt de la charge virale par les PVVIH eux-mêmes ; (iii) l’absence d’un dispositif national de convoyage des échantillons vers les plateformes de mesure de la charge virale ; et (iv) des lourdeurs dans la transmission des résultats des laboratoires aux cliniciens grèvent les performances.  ***Promotion des Droits Humains et du Genre :***  Depuis 2016,plusieurs activités de promotion des droits humains, de plaidoyer et de renforcement des capacités ont été conduites pour rendre l’environnement légal et social favorable à la mise en œuvre des activités de prévention et de prise en charge des PVVIH, des populations clés et vulnérables.Les obstacles à l’accès aux services VIH liés aux droits humains ont fait l’objet d’une attention accrue, après une évaluation de l’accès aux soins des PVVIH et des populations clés en 2017 *(Annexe 17)*.  Il reste encore de nombreux défis, notamment : (i) la réduction de la stigmatisation et de la discrimination qui est encore élevée (40,4% à l’égard des PVVIH selon l’index de la stigmatisation 2016 *(Annexe 18)*, ainsi que les violations des droits humains des PS et HSH (rafles et violences policières) ; (ii) accroitre la compréhension des questions de droits humains liés au VIH par les prestataires de santé et des forces de sécurité, dans tous les Districts pour réduire la discrimination à l’égard des populations clés et les PVVIH ; et (iii) la réforme des lois répressives à l’endroit des populations vulnérable par un plaidoyer auprès des législateurs.  Les normes sexo-spécifiques néfastes, dont l’inégalité de statut entre hommes et femmes et certaines normes de masculinité affectent l’accès aux services. Selon l’EDS-MICS 2011-2012 *(Annexe 19)*, dans 64.1% des cas, c’est le conjoint qui prend les décisions concernant les soins de santé de la femme (Entraves à l’accès à la PTME pour les couples mères-enfants) et on note la faiblesse de l’implication des hommes à l’offre de dépistage.  **Engagement communautaire**  La Côte d’Ivoire promeut le développement de la participation communautaire dans la mise en œuvre des programmes de santé à travers une Stratégie de Santé Communautaire, sous la responsabilité de la Direction de Santé Communautaire et du Service des ONG du MSHP. Sur le terrain, les organisations à base communautaires (OBC) ainsi que les agents de santé communautaires (ASC) collaborent pour assurer une continuité des services de prévention, de soins et de soutien. Dans la réponse communautaire au VIH, de nombreuses ONG et OBC sont mobilisées à travers tout le pays, notamment dans l’offre de services aux populations clés et vulnérables, ainsi qu’aux PVVIH et OEV. Certains acteurs communautaires sont intégrés dans les structures de santé, apportant un appui essentiel aux professionnels de santé. Les Organisations de la Société Civile (OSC) jouent également un rôle important dans les activités de redevabilité sociale, la promotion de la voix des populations affectées, ainsi que l'amélioration du suivi et de la transparence des interventions en leur faveur (observatoires communautaires, système d’alerte, plateformes de retro-information des OSC, etc).  En 2019, une analyse situationnelle de la contribution des OSC dans l’accélération de l’atteinte des cibles du 90-90-90 *(Annexe 20)* a permis de dégager les défis suivants en matière de coordination et leadership: (i) la faible coordination des interventions des OSC par les instances techniques du MSHP tant au niveau central que décentralisé ; (ii) la faible collaboration et complémentarité entre acteurs communautaires, et entre acteurs communautaires et formations sanitaires ; (iii) l’absence d’un dispositif clair de coordination entre les OSC malgré l’existence de reseaux et faitières ; (iv) l’absence d’un dispositif clair de contractualisation entre les OSC et les formations sanitaires ; (v) la mauvaise remontée des données communautaires dans le système d’information sanitaire, qui ne permet pas de prendre en compte l’exhaustivité des contributions communautaires. Au niveau communautaire, l’organisation des OSC au sein d’une plateforme des OSC en santé doit permettre de renforcer le leadership des acteurs communautaires dans la réponse au VIH/sida.  **Secteur privé**  L’engagement du secteur privé dans la réponse nationale, qui passe par la Coalition des Entreprises de la Côte d’Ivoire contre le sida (CECI) et le secteur privé de la santé (Association des Cliniques Privés de Côte d’Ivoire - ACPCI), joue également un rôle significatif dans la prévention et la prise en charge du VIH.  Les principaux défis rencontrés sont : (i) l’intégration de la prise en charge du VIH dans les formations sanitaires privées ; (ii) l’application de la gratuité de la prise en charge du VIH dans ces structures ; (iii) la mauvaise remontée des données dans le système d’information sanitaire, qui ne permet pas de prendre en compte l’exhaustivité des contributions du secteur privé ; (iv) l’opacité dans les financements de la réponse par le secteur privé des entreprises.  Le projet PSHP financé par le PEPFAR jusqu’en 2019 a notamment permis de renforcer la contribution du secteur privé de la santé dans le dépistage et la prise en charge des PVVIH *(Annexe 21)*. |

## Enseignements tirés des investissements du Fonds mondial et d’autres partenaires

Décrire la façon dont les investissements du Fonds mondial, du pays et d’autres partenaires ont soutenu les objectifs nationaux en matière de santé pendant la période d’allocation actuelle. Inclure les principaux **enseignements tirés** qui s’appliquent à la présente demande de financement (par exemple, les innovations ou les obstacles liés à la prestation de services).

|  |
| --- |
| Avec l’engagement de l’Etat, le soutien du PEPFAR et des autres bailleurs, la subvention NFM2 du Fonds Mondial a permis à la Côte d’Ivoire d’accélérer la riposte à l’épidémie de VIH/sida, pour atteindre les objectifs du Fast track de l’ONUSIDA et les cibles des 3x90, conformément au PSN 2016-2020 et au Plan Opérationnel d’Accélération 2019-2020 *(Annexe 22)*.  Par son importante contribution dans l’acquisition des produits de santé (ARV, tests et intrants de laboratoire), mais aussi son appui en matière de Renforcement du Système de Santé (RSS), l’engagement du FM s’inscrit dans une vision globale à l’échelle du pays.  La revue finale du PSN 2016-2020 qui a intégré globalement le financement FM a ainsi permis d’apprécier le niveau d’atteinte des objectifs préalablement assignés, mais aussi de dégager les principales leçons et gaps majeurs qui ont orienté l’élaboration de la présente demande *(Annexe 1)* :   * Dans le domaine de la prévention, les activités de sensibilisation ont touché 785 698 jeunes de 15 à 24 ans, soit 39% de la cible. La hausse des cas d’IST et de nouvelles infections VIH chez les jeunes indique que d’importants défis demeurent, notamment en matière de disponibilité et d’utilisation des services, ainsi que d’appropriation des messages parmi eux, avec le changement du comportement qui doit suivre.   + Au total, 74 930 823 préservatifs ont pu être distribués entre 2018 et 2019 (moins de 50% des besoins annuels). Mais l’approche de marché très axée sur le marketing social ne parvient pas à couvrir les besoins du pays. La distribution gratuite dans les groupes cibles apparait insuffisante par rapport aux besoins des intéressés.   + L’extension de l’intégration de la prise en charge des populations clés dans les structures publiques (35 structures) et les efforts déployés par les acteurs communautaires ont amélioré l’accès aux soins des KPs. En 2019, 67% du nombre estimé des TS avaient connaissance de leur statut sérologique et 62% des TS dépistées positives étaient traitées par ARV. (44% des HSH). La modélisation GOALS a indiqué que l'investissement dans la prévention chez les TS est une des interventions les plus efficaces. Pour ses impacts directs et indirects, cet investissement sera renforcé dans le NFM3 pour maintenir et accélérer les gains. A noter que la mise en œuvre de la PrEP pour les TS et HSH a démarré dans 28 sites de prise en charge. Pour les UD, le paquet de services n’est pas complet et parmi les KPs, certains sous-groupes demeurent d’accès difficile (notamment les clients des TS, les transgenres, les HSH > 35 ans et bisexuels). Ce qui ne permet pas de leur offrir les paquets de services disponibles.   + En matière de dépistage, les efforts ont permis de conseiller et dépister 2 799 978 personnes en 2019, y compris les femmes enceintes, d’optimiser les approches du CDIP et d’index testing faisant passer le 1er 90 à 79% en fin 2019. La stratégie de développement de l’autotest a démarré en 2019. Mais le dépistage n’est pas suffisamment déployé et efficace en ce qui concerne les enfants, les hommes ≥ 25 ans, les KPs et leurs partenaires. Chez les adolescents, jeunes et adultes, la crainte du VIH et la peur de la stigmatisation qui l’accompagne restent des obstacles majeurs à l’acceptation du dépistage. Chez les enfants, le dépistage à toutes les portes d’entrée pédiatrique n’est pas systématique.   + Pour la PTME, malgré une couverture de 97% en dépistage des femmes enceintes, la TME reste élevée (10,2% estimé en 2019) du fait d’une couverture en ARV des FEVVIH insuffisante (79%) et d’une rétention dans les soins à 18 mois des couples mère-enfants encore trop faible. Les inégalités de genre ont pour conséquence un recours encore non systématique au dépistage en CPN, notamment au cours du 1er trimestre de grossesse. Le dépistage précoce des enfants exposé est encore faible *(Annexe 1)*. * En matière de prise en charge, l’augmentation de la couverture globale en ARV est parvenue à **63%** (2ème 90) en fin 2019 :   + Mais elle ne dépasse pas **36%** chez les moins de 15 ans ; 47,6% chez les jeunes hommes 15-24 ans et 54,6% chez les jeunes filles 15-24 ans ;   + La rétention dans les soins était estimée à **84%** en 2019 ;   + Le 3ème 90 estimé à **45%** en fin 2019 (77% parmi les bénéficiaires de CV). Les difficultés du déploiement de l’ETP associées aux insuffisances programmatiques de l’offre de la CV expliquent en partie ce constat ;   + La mise en oeuvre du TPI a réellement commencé en 2019 (374 patients traités), et la phase d’extension a démarré avec un objectif de 21.800 patients en fin 2020, par la formation des prestataires des sites et un plan d’approvisionnement en INH par la NPSP *(Annexe 16)*.   En lien avec la gouvernance et le leadership, les équipes des structures déconcentrées du MSHP n’ont toujours pas les effectifs de même que la qualité requise des staffs pour assurer un accompagnement permanent et efficace des sites.  **Les principales leçons apprises montrent qu’il convient de :**   * Changer la perception du VIH dans la population à travers une différenciation des messages de sensibilisation et des canaux utilisés pour que le VIH devienne enfin une affection ordinaire * Lever les barrières en lien avec les droits humains, qui grèvent l’accès aux services des PVVIH et des KPs * Repositionner la promotion du préservatif avec la mise en œuvre effective de l’approche de marché total * Renforcer l’intégration de la PEC des populations clés dans les structures publiques et le lien avec les structures communautaires pour le renforcement de leur rôle dans la prestation de services * Intensifier l’offre de service de dépistage VIH à travers des approches différenciées et le ciblage des populations clés et vulnérables, dans les structures publiques et privées * Renforcer l’offre de service de PTME, y compris dans les cliniques privées, et agir sur les inégalités de genre pour améliorer l’utilisation des services par les femmes enceintes * Intensifier les stratégies de suivi actif du couple Mère-Enfant et améliorer la couverture des enfants en dépistage précoce * Renforcer la prise en charge du VIH chez les enfants et les adolescents * Améliorer la rétention des patients dans les soins, à travers le passage à l’échelle des approches différenciées de traitement * Accroitre l’offre de charge virale aux PVVIH par une meilleure opérationnalisation du réseautage et des procédures d’acheminement, l’incitation des prescripteurs et de la demande des bénéficiaires, * Mettre en place des équipes techniques en appui aux DS non soutenus par le PEPFAR en vue d’une bonne préparation de la transition * Mieux utiliser les données pour cibler les zones géographiques (régions, districts, sites) et les populations qui contribuent le plus aux lacunes des programmes et aux nouvelles infections.   **Une implication accrue de la société civile (SC).**  Sous l’égide d’Alliance Côte d’Ivoire, les OSC actives dans la mise en œuvre du NFM2 ont pu :   * Dépister 270 076 personnes en 2019, dans 44 districts sanitaires, parmi lesquelles 64 820 Hommes ≥ 25 ans, permettant d’identifier 1 599 PVVIH, soit respectivement 10% des dépistages et 3% des PVVIH dépistées au niveau national * Au total 185 616 adolescentes et jeunes femmes ont bénéficié des programmes de prevention et du paquet de service définis * Concernant les populations clés, 8 521 TS, 4153 HSH et 4587 UD ont bénéficié du programme de prévention combinée en 2019 selon les directives nationales (*Annexe 28*). Plus de 90% de ceux-ci avaient moins de 35 ans, avec un taux d’acceptation du dépistage à plus 90%, un taux de positivité moyen à 4%, un taux d’enrôlement et de mise sous traitement à 99% * 218 femmes enceintes dépistées positives et leurs familles ont été suivies par les acteurs communautaires * Ce sont 31 169 PVVIH sous traitement issues des 176 sites soutenus par Alliance Côte d’Ivoire qui ont été suivis par les communautaires soit 12% de la file active nationale au 31 décembre 2019 * 996 patients VIH issus des populations clés ont été suivis en 2019 par la SC.   Par ailleurs, l’observatoire des droits humains et de l’accès au traitement a permis tout le long de l’année 2019 de collecter 162 violations des droits des PVVIH et des populations clés ; 218 épisodes de rupture de produits de santé, et travaillé à apporter des appuis/solutions à 175 d’entre elles, soit 80% des ruptures constatées.  Cependant, d’importants défis pour la contribution communautaire à la réponse demeurent :   * Concernant la prévention combinée, les HSH de plus de 35 ans, les transgenres et les clients de TS ont été peu ciblés * L’absence d’identifiant unique constitue un risque de doublon * Le suivi du couple mère-enfant et l’implication des conjoints demeurent insuffisants * Relativement aux soins et soutiens, la rétention est un enjeu majeur, avec 972 patients perdus de vue (3,1% de la FA des 176 sites), 1 551 patients en retard au traitement (4,9% de la FA des 176 sites) et 155 patients (0,5% de la FA des 176 sites) en arrêt de traitement dans les 176 structures de santé issues des 44 districts sanitaires appuyés par Alliance Côte d’Ivoire et ses sous-bénéficiaires * Renforcement du rôle des organisations de la société civile et communautaires (y compris des organisations/réseaux de pop clés) dans la planification, mise en œuvre et suivi évaluation des services VIH.   Les **principales leçons apprises** montrent la nécessité de :   * Mettre en œuvre des stratégies innovantes d’accès et d’utilisation des services de prévention combinée en direction des populations clés et vulnérables, en incluant les jeunes en milieu scolaire, les clients des TS, les transgenres, les HSH âgés et bisexuels, tout en promouvant l’identifiant unique de la CMU * Renforcer le suivi communautaire du couple mère-enfant, sur toute la durée du suivi jusqu’à l’obtention du statut définitif de l’enfant exposé * Etendre l’application « MTB/VIH » pour améliorer le suivi des PVVIH par l’envoi de SMS ou messages vocaux * Renforcer la mise en œuvre des neuf actions (analyse primaire des données, gestion des rendez-vous des patients, index-testing, prise en charge nutritionnelle, éducation au traitement, soins à domicile, convoyage des échantillons, soutien social, recherche active de la TB chez les PVVIH) * Développer la distribution communautaire des ARVs pour les PVVIH stables, ou pour les non stables résidents dans les zones difficiles d’accès ou éloignés des centres de PEC et indigents * Mettre en œuvre la carte communautaire de performance (CCP) qui vise à renforcer le dialogue prestataire-bénéficiaire et bénéficiaire-autorités, afin d’améliorer les prestations de servic * Renforcer l’implication des praticiens de la médecine traditionnelle et les camps de prière dans la rétention et recherche des PDV * Etendre et renforcer la couverture de l’observatoire des droits humains et d’accès au traitement * Renforcer les actions de plaidoyer pour la réforme des lois, règlements et politiques liés au VIH qui constituent des barrières d’accès aux services * Accroitre la lutte contre la stigmatisation, la discrimination, notamment en milieu de soin, et les inégalités de genre.   En matière de coordination et leadership, l’analyse situationnelle de la contribution des OSC aux 90-90-90 et la cartographie des OSC réalisée à cet effet en 2019 ont montré des défis importants (cf. plus haut, section 1.2). La mise en oeuvre du NFM2 a permis de tirer les enseignements suivants :   * Par rapport au déficit de coordination des interventions des OSC par les instances techniques du MSHP tant au niveau central que décentralisé, Alliance Côte d’Ivoire a développé une collaboration active avec la DSC en ce qui concerne l’intégration des acteurs communautaires sur le terrain (ASC et conseillers compmmunautaires des OBC) * Par rapport à la faible collaboration et complémentarité entre les acteurs communautaires eux-mêmes, et entre acteurs communautaires et formations sanitaires, d’importants efforts ont porté sur la coordination avec les interventions financées par le PEPFAR sur le terrain * Face à l’absence d’un dispositif clair de coordination entre les OSC malgré l’existence de réseaux et faitières, l’organisation des OSC au sein d’une plateforme des OSC en santé cherche à renforcer le leadership des acteurs communautaires dans la réponse au VIH/sida * L’absence d’un dispositif clair de contractualisation entre les OSC et les formations sanitaires grève les résultats sur le terrain * L’absence d’intégration des données communautaires dans le système d’information sanitaire, qui ne permet pas de prendre en compte l’exhaustivité des contributions communautaires ; Alliance Côte d’Ivoire est maintenant impliquée dans une collaboration durable avec la DIIS pour intégrer ces données communautaires dans la DHIS-2. |

# Section 2 : Demande de financement et hiérarchisation

Pour répondre aux questions ci-dessous, se référer aux *Instructions* ainsi qu’aux documents stratégiques nationaux, **aux tableaux de lacunes programmatiques, aux tableaux du paysage de financement, au cadre de résultats, aux tableaux du budget et aux tableaux des données essentielles**.

## 2.1 Présentation des priorités de financement

Résumer la **démarche employée pour hiérarchiser** les modules et les interventions (ou dans le cas d’une modalité de paiement en fonction des résultats, les indicateurs de résultats ou les jalons). La réponse doit inclure :

* la façon dont ces modules prioritaires garantissent l’impact le plus fort possible dans l’optique de mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme ;
* la façon dont les difficultés, les obstacles et les inégalités, notamment ceux liés aux droits humains et au genre, sont traités par les modules prioritaires de la présente demande de financement.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L’approche de priorisation transversale proposée a été essentielle. Elle a été alimentée par la revue et l’analyse de l’épidémiologie et de la réponse au VIH/sida, de même qu’elle a permis de formuler des recommandations issues de cette revue pour orienter l’action.  Cette approche de priorisation a permis le développement du Plan Stratégique National VIH 2021-2025 *(Annexe 3)* (développement du cadre de résultat, sélection des stratégies et interventions) et a présidé à la démarche d’élaboration de cette nouvelle demande de subvention au Fonds mondial pour le cycle 2021-2023.  Le rapport de modélisation de l’épidémie VIH produit par Avenir Health en mars 2020 *(Annexe 23)*, qui a utilisé le logiciel GOALS, a alimenté la réflexion en matière de priorisation des modules, interventions prioritaires et activités. Les analyses produites ont orienté la hiérarchisation des priorités puisque la modélisation a fourni des estimations des rapports coût-efficacité des principales interventions de prévention et de prise en charge.  Au total, les critères de priorisation utilisés pour le PSN sont rappelés ci-dessous :   * L’évidence épidémiologique VIH :   + à partir des données épidémiologiques triangulées, la prise en compte de la dynamique de l’épidémie au niveau de la population générale, des populations clés et des populations vulnérables   + A partir de l’estimation de l’incidence, parmi les populations clés et vulnérables, impact en termes de prévention, d’accès aux traitements * La réponse à l’épidémie :   + Performances atteintes dans les stratégies prioritaires   + Robustesse du système et de l’organisation de la réponse communautaire   + Analyse coût-efficacité des interventions à travers la modélisation de l’épidémie VIH de Côte d’Ivoire par l’outil GOALS * Mise en œuvre des approches différenciées pour la prévention, le dépistage, la prise en charge du VIH, le suivi et le soutien des population cibles, à partir d’innovations * Alignement sur les stratégies et politiques nationales notamment la stratégie nationale de la santé * Alignement sur les engagements internationaux (ODD, Fast-track, directives OMS, Coalition Mondiale Prévention, Partenariat Mondial pour lutter contre toutes les formes de Disrcrimination etc.)   La combinaison des critères de priorisation géographiques (Districts Sanitaires et/ou villes), épidémiologiques (prévalence par âge, sexe, par DS et KPs ; incidence par âge, sexe, par DS et KPs) et programmatiques (besoins non couverts en dépistage et traitement - cascade 1er 90 et 2ème 90, besoins non couverts en PTME) a permis de proposer le tableau synthétique suivant (voir document en annexe : « cartographies de priorisation geographique par domaine et population »).  Une sélection attentive de l’ensemble des stratégies, interventions et activités proposées a ainsi pu être réalisée en utilisant les critères de priorisation ci-dessus détaillés.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Domaine** | **Pop clés et vulnérables** | **Critères de priorisation** | **Nbre de DS** | | **NA** | PS | * Taille de la population des PS par district * Prise en compte des DS où des études ont eu lieu (IBBSS, PLACE, SHARM, etc.) * Villes principales et secondaires sur les axes de voyage (Abidjan - pays du Nord ; Abidjan-Lagos ; Abidjan Ouest et Sud-Ouest) * Villes qui abritent des activités économiques attrayantes * Villes frontalières qui favorisent les échanges commerciaux intenses. | **67** | | HSH | * Toutes les villes où des études et/ou des estimations de taille ont été conduites ; * Les districts ayant des interventions en cours * Les districts ayant rapporté des données de prévention et/ou de dépistage en 2019 (pour éviter de mettre des ressources là il y a peu ou pas de HSH) | **59** | | Transgenres | * Mise en œuvre d’un paquet de services de prévention adapté à leurs besoins * Estimations à conduire | | UD | * Reconduction systématique des zones d'interventions en cours y compris les districts dans lesquels des études ont eu lieu dans les 5 dernières années * Ajout de 6 nouveaux districts aux 16 en cours | **22** | | Populations carcérales | * Toutes les Maisons d’Arrêt et de Correction (MAC) de la Côte d’Ivoire | **35** | | **Prévention** | Adolescentes 15-19 ans | * Incidence jeunes femmes 15-19 > 0,6 p. 1000 | **36** | | Jeunes femmes 15-24 ans | * [Incidence jeunes femmes 15-19 > 0,6 p. 1000] et [Incidence jeunes femmes 20-24 > 1,10 p. 1000] | | **eTME** | Couple mère-enfant | * [80% Nouvelles Infections chez les enfants] + [81% GAP national de couverture ARV chez les FE+] + [80% des FE+] | **47** | | **Dépistage** | Tous les PVVIH | * [80% du gap national sur le 1er 90] + [80% Nouvelles infections] + [80% des PVVIH] | **28** | | **Traitement ARV** | Tous les PVVIH | * [80% du gap national sur le 2ème 90] | **30** | | **Rétention et soutien** | Tous les PVVIH | * [80% du gap national sur le 3ème 90] | **28** |   Tableau 2 : Critères de priorisation géographique par domaines et populations *(Annexe 3)*  Concernant le processus de priorisation pour la présente requête de financement au Fonds mondial, il s’est calqué sur celui du PSN, mais a pris en compte quelques crières supplémentaires :   * L’analyse de la complémentarité des financements, prenant en compte les financements domestiques, les financements du PEPFAR et ceux des autres partenaires (système des Nations Unies, AFD/Expertise France, UNITAID, KFW, etc.) ; cette analyse de la complémentarité des financements a donné lieu à plusieurs sessions de travail réunissant notamment le PNLS, Alliance Côte d’Ivoire et le PEPFAR, pour cadrer les interventions respectives et préciser le contenu de la présente demande de financement ; * Les propositions issues des Dialogues Pays organisé par le CCM-CI (le 22 janvier et le 15 mai - *Annexes 24 et 25*) lesquels ont permis de présenter la priorisation à toutes les parties prenantes dans un processus inclusif et participatif large, malgré les conditions particulières de tenue de la deuxième session au mois de mai (effectuée à travers une plateforme internet de visioconférence, du fait de la crise sanitaire COVID-19) ; * Les propositions issues du Dialogue Communautaire (organisé le 12 mai par Alliance Côte d’Ivoire avec les différents réseaux et plateformes des acteurs communautaires, en particulier les OBC de populations clés *(Annexe 26)*, lequel a permis de présenter la priorisation à toutes les parties prenantes communautaires dans un processus inclusif et participatif large, malgré les conditions particulières de tenue liée à la crise sanitaire COVID-19 (visioconférence) ; * Les enseignements tirés de la mise en œuvre (*cf. section 1.3*) ; * La prise en compte des suggestions des différents partenaires techniques et financiers de la réponse au VIH en Côte d’Ivoire (notamment la « Revue par les pairs » organisée en mai 2020). |

## Priorités de financement

1. En s’appuyant sur le [cadre modulaire du Fonds mondial](https://www.theglobalfund.org/fr/funding-model/applying/resources/), utiliser le tableau ci-dessous pour détailler **chaque module prioritaire** proposé pour investissement par le Fonds mondial en faveur des composantes de maladies pertinentes et/ou de systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS).

|  |
| --- |
| **COMPOSANTE : VIH** |

|  |  |
| --- | --- |
| **No de module** | **Module 1 : Prévention** |
| **Principales interventions et activités** | 1. **Programmation relative aux préservatifs et aux lubrifiants**   L'offre de préservatifs gratuits par le secteur public sera augmentée, notamment en direction des KPs et populations vulnérables. La modélisation réalisée par Avenir Health a en effet indiqué que les préservatifs étaient la deuxième intervention de prévention la plus rentable après la sensibilisation auprès des TS.  Il s’agira de repositionner la promotion de l’utilisation correcte et systématique du preservatifs lors des rapports sexuels à risque et à travers une communication plus accrue visant à déconstruire les préjugés liés au préservatif et à le présenter comme un intrant réel de prévention.  Les radios de proximité (34) seront mises à contribution pour cette communication renforcée qui se fera egalement en langue locale et par voie des NTIC (facebook, twitter, plateforme SMS...). En plus de la sensibilisation couplée à la distribution gratuite classique effectuée par la pair-éducation et sur sites (centres dediés, check points…), dans les points chauds et zones regulierement frequentées par les populations à risque, la disponibilité permanente des préservatifs sera assurée par l’installation de distributeurs automatiques.  Les principales activités de ces interventions sont :   * Révision de la stratégie sur les préservatifs pour prendre en compte l’approche de marché total * Produire et diffuser des spots, sketch, des affiches et des prêt-à-diffuser (PAD : video et audio) de sensibilisation visant à déconstruire les préjugés liés aux préservatifs/lubrifiants et à promouvoir l’utilisation correcte et sytsématique des préservatifs lors des rapports sexuels à risque notamment chez les adolescents et jeunes * Communiquer / informer les KPs sur les points de vente de préservatifs et lubrifiants dans le cadre du marketing social à l'aide d'une cartographie * Acquérir 174 distributeurs automatiques de préservatifs et lubrifiants dans les points chauds (2 par districts prioritaires) * Acquérir 53 distributeurs de préservatifs gratuits (44 dans les SSSU et 9 dans les CEC) à l'intention des adolescents et jeunes dans des locaux sécurisés et accessibles 24H/24 et 7j/7. * Etablir un partenariat avec les organisations et les réseaux des adolescents et jeunes pour faciliter l’accès d’un nombre important des individus de cette tranche d’âge à l’information et aux préservatifs. * Adaptation des approches de prévention de proximité aux spécificités des populations ou groupes et selon le cycle de vie (adolescents et jeunes des populations clés). * Renforcement des capacités des acteurs (jeunes, activistes, leaders communautaires) pour la mise en œuvre des activités préventives en communauté.   Ces activités seront développées dans l’ensemble du pays, avec un ciblage plus particulier sur les DS prioritaires pour les interventions à l’endroit des KPs (67 DS pour les TS et 59 pour les HSH).   1. **Programmation et gestion du préservatif au niveau national**   Pour assurer la coordination des interventions en lien avec le préservatif dans une approche de marché total, le PNLS collaborera étroitement avec les acteurs du marketing social (AIMAS, DKT-International), l’UNFPA et l’exhaustivité des acteurs du secteur privé.  L’objectif étant d’assurer une bonne couverture des besoins nationaux à travers les trois segments de distribution (gratuité, marketing social et privé) et pour ce faire un cadre permanent de rencontre sera mis en place avec les différents acteurs qui permettra également de disposer des informations du marché.  Cette collaboration visera également le renforcement de l’accessibilité des populations aux produits, à travers une répartition harmonieuse des points de vente et la diffusion de la cartographie des points de vente des préservatifs aux différentes populations cibles :   * Acquisition de préservatifs (masuclins, féminins) et lubrifiants * Assurer le suivi et la coordination des interventions en lien avec les préservatifs et gels lubrifiants. Cela inclura l'intégration des données sur la distribution de préservatifs et de lubrifiants dans le LMIS et DHIS2 * Mettre en place un standard d'implantation des points de distribution de préservatifs du marketing social au niveau national ; géolocaliser et inclure ces points de vente dans la carte sanitaire avec la DIIS, pour visualiser les données de ces points de distribution individuels (publics/gratuits, marketing social et privés) dans le DHIS2 sur des cartes pour un meilleur suivi * Renforcement de la chaine nationale d’approvisionnement * Organiser 01 réunion trimestrielle de suivi du plan d'approvisionnement du marketing social et secteur commercial du préservatif et gels lubrifiants   Une contribution est attendue d’autres partenaires sur l’acquisition de préservatifs et lubrifiants : PEPFAR (USAID), UNFPA et KFW (à travers AIMAS) pour le marketing social.   1. **Interventions pour le changement de comportement**   Elles visent à obtenir un changement social et de comportement pour l’adoption de comportement à moindre risque et pour développer une perception positive du VIH afin de réduire la stigmatisation et la discrimination, et favoriser la rétention durable des PVVIH dans les soins.  Ces interventions cibleront les KPs, ainsi que les PVVIH, les adolescents et jeunes, les PSH, les personnes en uniforme et les clients des TS.  Les interventions se feront de façon répétée sur la base d’un plan précis en faveur de toutes les cibles et à travers des canaux de communication adaptés : avec la contribution des acteurs communataires, à travers différentes approches (Ready, multimaladies, mari-modèle, parent-modèle, etc.) et l’organisation de campagne de sensibilisation lors de journées spéciales (JMLS, Paquinou, Fête de riz, Tabaski, Abissa, Popo carnaval, etc.). Elles seront coordonnées avec celles mises en oeuvre par d’autres programmes ou ministère  Les principales activités de ces interventions sont :   * Elaborer et diffuser la nouvelle stratégie nationale de Communication pour le Changement Social et Comportemental * Elaborer et diffuser les documents de formation sur la prévention combinée et la révision des documents de politique en direction des populations clés * Renforcer les capacités des acteurs pour l’offre de services de prévention en direction des populations vulnérables dans l’optique d’adoption de comportement à moindre risque * Sensibiliser à travers des plateformes ludiques (“A l'assaut du sida", E-santé…) pour changer la perception chez les jeunes * Organiser des émissions radio-télévisées avec des PVVIH * Organiser une caravane de sensibilisation avec des PVVIH dans 5 localités à forts taux de stigmatisation * Elaborer, produire et diffuser des supports de communication visant à changer la perception du VIH dans la population. * Sensibiliser la adolescents et jeunes à travers le partenariat avec les medias classiques (Presse écrite, Radio et TV) et les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Twitter, WatSap).   Ces activités seront développées dans l’ensemble du pays, avec un ciblage particulier sur les 41 DS prioritaires où Alliance intervient auprès des KPs (26 DS) et des ado et jeunes (41 DS).  PEPFAR investit également de façon significative dans ce domaine, ciblant les KPs, les ado et jeunes (DREAM, SuperGo), les hommes > 25 ans, dans 60 DS.  **Cf. cartographie de l’offre de services PEPFAR et FM** *(Annexe 27)*   1. **PrEP**   Il s’agira de mettre à échelle le programme de PrEP chez 10% de PS, 20% des HSH et transgenres séronégatifs à risque d’ici fin 2025, dans 39 districts sanitaires prioritaires. Les adolescents et jeunes filles en situation de vulnérabilité seront également pris en compte.  Les principales activités de ces interventions sont   * Renforcer les capacités de 14 centres de PEC adaptés et dédiés aux populations clés. * Acquisition des produits et consommables pour la PrEP * Assurer le suivi communautaire des personnes sous PrEP   L’essentiel de la mise en œuvre de la PrEP sera effectué dans 28 sites publics de prise en charge appuyés par PEPFAR et 11 sites appuyés par le FM, tous situés dans les DS prioritaires d’interventions sur les KPs, avec le concours des OSC de proximité.  PEPFAR cible 222 TS en 2021.   1. **Services de santé sexuelle et reproductive, y compris en matière d’IST**   Il est prévu une intensification des activités de prévention et de prise en charge des IST, y compris le dépistage du cancer du col de l’utérus et anorectal dans les KPs et vulnérables. Des interventions en stratégie avancée impliquant professionnels de santé et acteurs communautaires seront périodiquement effectuées à l’attention notamment des KPs. Il est également prévu un accroissement des structures de santé publique qui intègreront la prise en charge des populations clés (Centres KP friendly).  Le réseau des sites régionaux de référence de la prise en charge des IST sera étendu à 12 CHR et l’intégration de la prise en charge des KPs dans ces derniers augmentera les capacités de diagnostic étiologique et de prise en charge des IST, parmi lesquels les condylomes et les cancers du col de l’utérus et anorectal.  L’implication prévue du secteur privé medical (infirmerie et pharmacie), recours fréquents des populations vulnérables, permettra de limiter les risques de survenue de résistances au traitement antibiotique des IST.  Afin de fidéliser les KPs aux programmes conçus dans le cadre de cette proposition à leur attention, des kits IST seront remis à tous ceux chez qui un diagnostique syndromique aura été fait.  L’offre de planification familiale sera renforcée auprès des femmes KPs qui bénéficieront des services de prévention et prise en charge des IST (TS, UD, adolescentes et jeunes femmes vulnérables).   * Former 75 prestataires de soins de santé sur la santé sexuelle et reproductive intégrant le dépistage systématique et la PEC des IST, le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les TS * Former les prestaires sur l’offre des services adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes * Equiper 05 structures de santé pour la prise en charge étiologique des IST * Assurer la PEC de 7 156 cas d'IST chez les TS, adolescents et jeunes par an * Orienter les acteurs cliniques et de pharmacie (pharmaciens, prestataires cliniques médecins, SF et infirmiers) sur la PEC des IST   Les interventions seront développées à l’échelle nationale, Alliance Côte d’Ivoire couvrant 41 DS prioritaires. PEPFAR intervient sur cette thématique dans les sites ciblant les KPs.  Le financement du FM permettra de disponibiliser des kits IST dans l’ensemble des SSU-SAJ pour la prise en charge gratuite des IST chez les adolescents et jeunes. L’UNFPA fournira les intrants de SSR pour les adolescents et jeunes à travers les SSSU et pour les femmes à travers différents programmes et projets (programme santé mère-enfant).   1. **Interventions de réductions des risques liées à la consommation des drogues**   Le renforcement de la RdR pour les UD/UDI sera une intervention clé pour combler les insuffisances du paquet de service de prévention dans cette population spécifique.  Il s’agira notamment de :   * Mettre en oeuvre la TSO dans les 3 structures de référence de PEC des UD/UDI (les échanges de seringues étant assurés par un autre partenaire – MdM) * Mettre à niveau les acteurs communautaires sur la RdR y compris la TSO * Renforcer le suivi et l’appui communautaire pour une bonne observance des UD au traitement VIH/TB et au TSO * Développer un nouveau site spécifique de prise en charge des UD à Yopougon, intégrant les interventions de prévention TB et VIH et offrant les services de RDR * Développement d’une politique nationale de lutte contre les addictions / RDR   Grâce à l’appui du FM, Alliance Côte d’Ivoire renforcera prioritairement ses interventions sur ce thème vers le grand Abidjan (Abidjan, Dabou, Grand Bassam, Anyama et Jacqueville), pour couvrir l’essentiel des gaps concentré dans cette zone géographique (besoin de saturer les DS d’Abidjan et alentours). MdM bénéficie d’un appui de l’AFD/Expertise France pour les interventions au CASA. En dehors d’Abidjan, ENDA-Santé à travers le projet « *FEVE : Frontières et Vulnerabilités au VIH* » (Fonds Luxembourgeois) intervient dans 2 villes : Bouaké et Yamoussoukro. Un projet d’extension des activités à l’endroit des UD/UDI vers Katiola (ENDA-Santé) et San-Pédro (MdM) est en cours avec d’autres financements que le FM.   1. **Education Complète à la Sexualité (ECS)**   En appui aux initiatives déja en cours, les efforts viseront le renforcement des capacités des enseignants et des parents sur la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) des jeunes et adolescents en matière d’education sexuelle. Cet effort visera particulièrement les ado et jeunes issus des populations clés, notamment les jeunes filles victimes dexploitation sexuelle. La sensibilisation des jeunes et des adolescents en milieu scolaire a été estimée comme une intervention très rentable en matière de prévention dans le Rapport GOALS d'Avenir Health.  En s’inspirant de la cartographie des acteurs et initiatives en rapport avec l’ECS réalisée par l’OMS, il s’agira principalement de :   * Organiser 01 session nationale de formation de formateurs d'EP enseignants à l'ECS * Organiser des sessions de formation d'EP enseignants à l'ECS * Organiser 01 session de formation de formateurs d'EP-parents d'élèves des COGES à l'ECS * Organiser des sessions de formation d'EP-parents d'élèves des COGES à l'ECS   L’approche Ready sera promue par Alliance Côte d’Ivoire. La plateforme Esanté (avec le SSSU) sera renforcée pour traiter des questions de SSR avec l’appui du Canada, des solutions digitales sont prévues pour sensibiliser les jeunes (Projet UNFPA). Les interventions en milieu scolaire sont financées par UNFPA avec le Ministère de l’Education Nationale et de l’Enseignement Technique.  **Cf. cartographie de l’offre de services PEPFAR et FM** *(Annexe 27)* |
| **Populations prioritaires** | * Populations clés (TS, HSH, UD, détenus et TG) * Autres populations vulnérables (PVVIH, adolescents et jeunes, Personnes en Situation de Handicap, clients TS, etc.) |
| **Obstacles et inégalités** | Chez les adolescents et jeunes, les pesanteurs socioculturelles sont des obstacles objectifs à l’accès à l’information sur la prévention du VIH et des IST, comme sur la SSR en général. L’inadaptation des services de santé classiques aux besoins des adolescents et jeunes constitue également un obstacle à l’accès aux services.  Pour les jeunes filles et femmes, ces obstacle se conjuguent avec les violences basées sur le genre, la pauvreté, les rapports sexuels intergénérationnels et le commerce du sexe.  l’attitude des prestataires, la discrimination, la stimatisation et l’absence de confidentialité qui constituent aussi des obstables à l’accès et l’utilisation des des services par les adolescents et jeunes  La mise en œuvre effective de l’ECS, la réorganisation de certains services de santé pour les rendre plus conviviaux y compris la formation des prestataires de santé aux questions spécifiques des jeunes, et enfin la gratuité pour certains services comme la prise en charge des IST devraient permettre d’atténuer ces inégalités  Dans les populations clés persistent encore la stigmatisation et la discrimination (40,4% à l’égard des PVVIH dans l’indice de stigmatisation 2016) *(Annexe 18)*, il en est de même pour le harcèlement, les violences et les abus de droits. Tous ces éléments constituent des obstacles à l’accès aux services de base accentuant ainsi la vulnérabilité des KPs.  Les mesures préconisées pour surmonter ces obstacles sont entre autres :   * L’augmentation du nombre de sites “KPs’ friendly” (structures de santé publiques intégrant la prise en charge des populations clés) qui prend en compte la formation des prestataires de santé sur les droits des populations clés * L’intensification des stratégies mobiles et activités ludiques les regroupant pour en toucher davantage * La sensibilisation à travers les réseaux des populations clés (plateformes et réseaux sociaux virtuels de rencontre et d’information) * Le renforcement des capacités des prestataires sur l’offre de services adaptée aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes. |
| **Justification** | Les données épidémiologiques du pays et la revue documentaire ont mis en évidence :   * Prévalence élevée et supérieure à la moyenne nationale de 2,39% : HSH = 11,6% ; TG = 22,6% ; TS = 12,6% ; UD = 3,4% ; PSH = 2,6% ; avec une prévalence chez les adolescentes et jeunes filles 2,4 fois plus élevée que chez les adolescents et jeunes hommes), voir section 1.2 ci-dessus * TS, HSH, UD/UDI, PC sont des populations clés prioritaires du PSN * Taux de nouvelles infections élévé chez les 15-24 ans (15% chez les 20-24 ans, 8% chez les adolescent(e)s de 15-19 ans) selon Spectrum 2020 * Nombre de grossesses en milieu scolaire élévé : 4 166 cas en 2017-2018 (Directive Nationale de la Prévention Combinée des IST et du VIH chez les Adolescent(e)s et Jeunes, 2020 *(Annexe 29)* * Faible niveau d’utilisation correcte des préservatifs lors des rapports sexuels à risque (46,3% chez les 15-49 ans – CIPHIA 2018, *Annexe 38)* * Faible couverture de la prévention combinée chez les populations clés (38% de HSH; 77% de TS) avec un accès limité à la PrEP ;   Informations sur le rapport coût efficacité des interventions du préservatif selon le Rapport Modélisation Avenir Health *(Annexe 23)*  Niveau des VBG élevé comme conséquence des inégalités de genre  Faible engagement des communautés pour la PF, surtout les hommes  Défis de coordination sur le programme préservatif entre les différents acteurs  L’analyse de la revue du programme VIH prenant en compte les points suscités propose des solutions à travers des interventions spécifiques retrouvées dans le module prévention d’où la priorité portée sur ce dernier. |
| **Résultats attendus** | * L’utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels à risque sera effective chez 90% de personnes sexuellement actives, grâce à la promotion de l'usage du préservatif, à la couverture à 90% des besoins nationaux en préservatifs et gels lubrifiants dans une approche de marché total, et à un accès aux préservatifs et gels lubrifiants pour 90% des adultes, des jeunes et des adolescents. * 86% des TS bénéficient de la prévention combinée * 70% des HSH bénéficient de la prévention combinée * 86,3% des UD bénéficient de la prévention combinée * 72% d'adolescent(e)s et jeunes filles et garçons de 10-24 ans sensibilisés sur les IST, le VIH et le sida * L’offre de service adaptée de prévention permettra à 70% des **adolescent(e)s et jeunes de 15-24 ans** de disposer de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST, et à 100% de jeunes et adolescents présentant une IST de bénéficier d’une prise en charge gratuite, particulièrement dans les districts prioritaires, selon des approches différenciées et avec l'appui des acteurs communautaires |
| **Investissement attendu** | **10 194 876 euros (13%)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **No de module** | **Module 2 : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME)** |
| **Principales interventions et activités** | 1. **Volet 1 : Prévention primaire de l’infection à VIH chez les femmes en âge de procréer**   Dans le cadre du Volet 1 de l’eTME, le PSN VIH 2021-2025 *(Annexe 3)* a identifié comme défi global la faible utilisation des services de santé maternelle et infantile par les femmes en âge de procréer, ayant pour conséquences : (i) la méconnaissance de leur statut sérologique VIH par les femmes en âge de procréer (connaitre son statut permet d’adopter des moyens de prévention garantissant de futures grossesses protégées contre le VIH) ; (ii) le faible nombre de femmes enceintes dépistées au cours du premier trimestre de la grossesse (seulement 34% des FE sont vues en CPN1 au 1er trimestre de grossesse).  Pour répondre à ces défis, cette intervention mettra en œuvre un ensemble d’activités de sensibilisation et de communication afin d’éviter les nouvelles contaminations VIH chez les femmes en âge de procréer (rapports sexuels protégés, retardement de l’âge du premier rapport sexuel, etc.) à travers le changement de comportement. Elle visera aussi à inciter ces femmes à connaitre leur statut sérologique pour le VIH.  Les principales activités sont :   * Organiser un atelier d'élaboration de messages et de supports de communication à l'endroit des femmes fréquentant les services de SMNI/SSR et de leurs conjoints sur les avantages de la CPN 1 au 1er trimestre de la grossesse et du dépistage du VIH, de la syphilis et des hépatites pour les femmes enceintes (en français et langues locales * Reproduire et diffuser des supports de communication (affiches, dépliants, boites à images) sur les avantages de la CPN au 1er trimestre de la grossesse et du dépistage VIH/syphilis/hépatites à l'endroit des femmes et des hommes en âge de procréer * Organiser une campagne de communication radio/télé/communautaire sur les avantages de la CPN au 1er trimestre de la grossesse et du dépistage VIH/syphilis/hépatites à l'endroit des femmes et des hommes en âge de procréer * Organiser des séances de sensibilisation sur les avantages de la CPN 1 au 1er trimestre de la grossesse et du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite pour les femmes enceintes par les matrones, les leaders communautaires, etc. * Réaliser de la référence active de 706 795 femmes enceintes de la communauté vers les structures de santé pour leur CPN 1 et leur dépistage VIH au 1er trimestre de la grossesse par les OBC actives (OBC et autres acteurs communautaires - accoucheuses traditionnelles, praticiens de médecine traditionnelle). * Assurer la mobilisation communautaire pour la PTME par les leaders communautaires, matrones, collectifs de femme etc. par l’organisation de séances de sensibilisation et référence des FAP, des FE sur les avantages de la CPN 1 au 1er trimestre de la grossesse et du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite * Organiser une session d'orientation 01 jour par site de 100 du couple modèle (mères tutrices et son conjoint) dans les 100 sites de prise en charge sur les avantages de la CPN 1 précoce et le système de référence active par le prestataire de santé * Récompenser 50 leaders communautaires les plus engagés en faveur de la PTME chaque année * Offrir des paquets de services incitatifs au bénéfice des partenaires qui accompagnent leurs femmes enceintes en CPN (consultation prioritaire de la femme, prise de TA et poids du conjoint, etc)  1. **Volet 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH**   Dans le PSN 2021-2025, la faiblesse de l’offre de Planification familiale à l’endroit des FVVIH a été identifiée comme un défi spécifique de la PTME (seulement 46% des FVVIH ayant accouché dans une structure sanitaire ont bénéficié de conseils en planification familiale en post natal en 2019). Les faibles performances actuelles sont liées aux difficultés suivantes : (i) insuffisance d’intégration des services SR-PF/VIH ; (ii) non traçabilité dans l’offre de service des Femmes vivant avec le VIH (FVVIH) de manière générale dans les outils de PF ; (iii) faible capacité et nombre insuffisant des prestataires maitrisant les nouvelles méthodes de contraception ; et (iv) sous-notification de certaines données dues à une insuffisance de compréhension de l’indicateur (conseil et offre de méthode de contraception moderne).  Le défit global avec lequel s’articulent les défis spécifiques du volet 1 de la PTME est celui de la faible couverture globale en planning familial pour l’ensemble des femmes en âge de procréer de Côte d’Ivoire (une faiblesse de la demande et de l’offre des services tout à la fois).  Les principales activités prévues dans ce volet sont :   * Organiser une campagne semestrielle radio de 03 mois sur RCI/Fréquence 2 et 33 radios de proximité pour la diffusion de messages sur les avantages de la contraception chez les femmes séropositives (en français et en langues locales) * Organiser 25 séances de mise à niveau de 500 acteurs (20 acteurs/séance) de 250 structures offrant les services intégrés SMNI/VIH en technologie contraceptive * Réaliser 20 missions de suivi/coaching sur site des 500 acteurs mis à niveau sur la technologie contraceptive.   L’UNFPA prendra en charge les activités de quantification des contraceptifs (y compris les préservatifs) pour l’ensemble des femmes en âge de procréer, contribuera au renforcement de la chaine d’approvisionnement, à la mise en place du réseau SONU, à l’offre de service de planification familiale jusqu’au dernier kilomètre, y compris pour les FVVIH à travers différents projets (le projet spark PNSME/BM/UNFPA appuira les activités en offre SONU et PF dans 230 structures de 2020 à 2022 ; Projet Canada ; Projet Koica, etc.)   1. **Prévention de la transmission verticale du VIH (prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH)**   L’offre de services PTME est peu répandue dans le secteur privé (2% des établissements sanitaires privées). La couverture en ARV des femmes enceintes vivant avec le VIH reste insuffisante (79% en 2019) et seulement 63% d’entre elles ont accouché dans une structure sanitaire pour la même période.  Les principales activités prévues sont :   * Mise en place du comité national de suivi/coordination du processus de certification de l’eTME * Réaliser une analyse situationnelle de 80 structures du secteur privé, confessionnel et communautaire n'offrant pas encore des services de PTME dans les districts prioritaires * Renforcer les capacités des structures de santé du secteur privé, confessionnel et communautaire pour l'offre des services de PTME * Intensification des stratégies avancées et intégrées (consultations foraines) en vue d'augmenter la couverture en CPN 1 et le dépistage du VIH des femmes enceintes au cours du 1er trimestre de la grossesse * Intensification de l’implication communautaire, par la mobilisation des leaders communautaires, des agents de developpement rural (ADR) et des mères tutrices ("mères mentor") dans le suivi actif du couple mère-enfant * Etendre la mise en œuvre dans les 47 districts prioritaires des approches innovantes pour l'implication des conjoints des FE/FA+ (couple modèle) dans le suivi du couple mère-enfant. * Organiser une remise de kits néonatal (savon en poudre exemple OMO, couches, un complet de pagne etc..) lors de la journée internationale des droits de la femme aux FE/FA vivant avec le VIH (montant et la composition du kit a estimé) * Reproduire et diffuser des Agendas de gestion de RDV pour améliorer la rétention du couple mère-enfant * Réaliser 255 séances de sensibilisation de proximité à l'endroit des femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH et leurs conjoints sur l'utilisation continue des services d’eTME et sur l'accouchement dans un établissement de santé.  1. **Traitement, prise en charge et soutien des mères vivant avec le VIH, de leurs enfants et familles**   Le taux de Transmission Mère-enfant du VIH reste élevé (estimée à **10,9%** en 2019). En 2019, 63% des enfants exposés ont bénéficié de la prophylaxie ARV et seulement 53% seulement du dépistage précoce (PCR VIH) avant 02 mois de vie.  Les principaux défis sont : (i) dépister le plus grand nombre d’enfants exposés précocement (avant 2 mois d’âge de préférence) ; (ii) garantir la poursuite du TARV chez les femmes allaitantes selon les directives nationales pour réduire les contaminations tardives ; et (iii) garantir la rétention durable du couple mère-enfant jusqu'au statut définitif de l'enfant exposé.  Les principales activités prévues sont :   * Identifier et renforcer les capacités des OBC et acteurs communautaires pour leur implication active dans le processus de l'eTME * Réaliser 74 832 VAD avec l'appui des communautaires pour assurer le suivi actif et la recherche de perdues de vue afin d'améliorer la rétention du couple mère-enfant dans les soins * Elaborer et diffuser un aide-mémoire simplifié sur la PTME à l'endroit des acteurs communautaires en vue d'améliorer le suivi du coule mère-enfant (notamment visant les mères tutrices) * Réaliser 333 360 séances de sensibilisation communautaires sur l'importance de l'accouchement assisté par un personnel qualifié et sur la référence active dans les 72 heures des femmes ayant accouché à domicile * Renforcer les capacités des acteurs communautaires sur la recherche active des enfants exposés * Intensification de la recherche active des enfants exposés aux autres portes d’entrée hors PTME et dans la communauté, notamment par les couples modèles (mère tutrice et son conjoint) * Sensibiliser les couples sur les VBG et la SSR/PF * Apporter un appui aux FVVIH de la PTME victimes de VBG * Organiser des réunions des groupes d’auto-support FE/FA PVVIH pour améliorer leur rétention durable dans les soins   Les interventions de PTME seront conduites dans l’ensemble du pays, avec un ciblage sur 47 DS prioritaires du PSN, regroupant 80% des besoins non couverts. Le détail de la couverture par DS figure dans la cartographie ci-annexée, distinguant les contributions de PEPFAR et du FM (appui clinique du PNLS et communautaire d’Alliance Côte d’Ivoire). Alliance Côte d’Ivoire prévoit de couvrir 41 DS pour les interventions communautaires de PTME.  **Cf. cartographie de l’offre de services PEPFAR et FM** *(Annexe 27)* |
| **Populations prioritaires** | Femmes enceintes/Allaitantes séropositives au VIH, Enfants Exposés (nés de mères séropositives), conjoints des Femmes Enceintes séropositives |
| **Obstacles et inégalités** | Les barrières socioculturelles d’accès à la PTME : Les normes sexo-spécifiques néfastes, dont l’inégalité de statut entre hommes et femmes et certaines normes de masculinité affectent l’accès aux services. Selon l’EDS-MICS 2011-2012 *(Annexe 19)*, dans 64.1% des cas, c’est le conjoint qui prend les décisions concernant les soins de santé de la femme (Entraves à l’accès à la PTME pour les couples mères-enfants). Selon les données de routine 2019, seulement 34% des femmes enceintes ont été vues en CPN1 au premier trimestre de la grossesse |
| **Justification** | Le taux de transmission mère enfant incluant la période d’allaitement reste élevé à **10,9%** en 2019 (Spectrum 2020, *Annexe 2)*. Ainsi, dans le but de réduire les nouvelles infections à VIH le pays s’est engagé dans le processus de l’élimination de la transmission Mère-Enfant du VIH, avec l'appui des acteurs communautaires. |
| **Résultats attendus** | * 98% des femmes enceintes connaissent leur statut sérologique VIH * 90% des femmes enceintes/allaitantes séropositives sont mises sous traitement ARV * 81% d'enfants nés de mères séropositives bénéficient d’un dépistage précoce et reçoivent le résultat selon les directives nationales |
| **Investissement attendu** | **1 726 082 euros (soit 2%)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **No de module** | **Module 3: Services de dépistage différenciés du VIH** |
| **Principales interventions et activités** | 1. **Dépistage en centres de santé**   Le CDIP sera optimisé dans les centres de santé, y compris les centres de santé des MAC, pour accroître son rendement à travers une orientation ciblée vers les populations clés et vulnérables.  Les activités principales suivantes sont prévues :   * Renforcement des capacités des prestataires de santé sur toutes les approches différenciées du dépistage VIH (CDIP, index-testing, autodépistage) * Intégration des approches différenciées de dépistage dans les structures de santé privées (50 sur les 3 années, en sus des 50 structures du projet PSHP) pour toucher les populations à risque ne fréquentant pas les structures de santé publiques, notamment les hommes de plus de 25 ans * Actualisation et mise à disposition des aide-mémoires pour faciliter l’identification des populations à risque en vue du dépistage * Intensification du dépistage des enfants vivant avec le VIH par l’approche famille / index-testing et le dépistage aux différentes portes d'entrée pédiatriques du système de santé (avec l’appui des conseillers communautaires intégrés dans les centres de santé) * Renforcement du dépistage des conjoints des femmes enceintes/allaitantes par la mise à échelle des approches innovantes visant leur implication dans la SMNI, en lien avec les activités de la PTME * Conduite d'évaluation externe de la qualité de la sérologie VIH au niveau des laboratoires et postes de dépistage des centres de santé, pour s’assurer de la qualité des résultats des tests du dépistage rendus aux clients.  1. **Dépistage communautaire**   Toutes les approches de dépistage communautaire seront intensifiées avec un accent particulier dans les districts prioritaires et orientées sur les populations clés et hautement vulnérables.  Il s’agira de :   * Renforcement de la promotion du dépistage, y compris l'autotest, auprès des populations clés par les pairs-éducateurs (PE), les conseillers communautaires et via les TIC ; * Organisation d’activités de sensibilisation et d’offre de service de santé de proximité intégrant le dépistage ciblant les TS : dépistage intégré aux activités de pair-éducation, rapprochement de l’offre de services à travers les cliniques de nuit sur les sites de travail du sexe, activités de renforcement des compétences de vie (école des TS) ; * Mobilisation des HSH par les PE à travers des journées à thèmes, évènements attractifs pour les HSH, couplée au dépistage et à la dispensation d’autotests ; organisation de consultations multimaladies dans les Drop In Center (DIC) des HSH avec dispensation d’autotests ; * Organisation de stratégies avancées d'offre de service de réduction des risques chez les UD/UDI, couplées à l’offre de dépistage ; toutes les activités de CCC, de prise en charge des addictions, et de distribution de préservatifs à l’endroit des UD/UDI seront couplées au dépistage du VIH, y compris la dispensation d’autotests ; * Organisation de campagnes multimaladies à l’endroit des hommes vulnérables (orpailleurs, routiers, clients des TS) aux abords des points chauds, des mines et des gares routières. Il s’agira d’une offre de service intégrée de dépistage du VIH, de l’HTA et du diabète, pour faciliter l’adhésion de ces populations aux services de dépistage * Organisation de consultations multimaladie régulières intégrant le dépistage VIH et ciblant les hommes ≥ 25 ans * Renforcement des capacités des centres sociaux et des centres de réinsertion des enfants en difficulté pour l’intégration du dépistage VIH * Conduite d’évaluation externe de la qualité de la sérologie VIH des dépistages effectués par les communautaires pour s’assurer de la qualité des résultats des tests du dépistage rendus aux clients * Activités de consultations foraines faites à l’attention des femmes (dépistage IST/VIH, HPV, et offre de PF) (PNSME, ONG locales, UNFPA).  1. **Autodépistage VIH**   Le passage à l’échelle de l’autodépistage permettra d’accroître le dépistage dans les populations difficilement accessibles par les stratégies de dépistage habituelles et par ricochet la fréquentation des services de dépistage à terme.  A cet effet, les activités suivantes seront conduites :   * La dispensation des autotests sera prioritairement ciblée sur les HSH de plus de 35 ans, les UD/UDI, les partenaires sexuels des PVVIH dans le cadre de l’index testing, les clients des TS par une distribution secondaire, les TS exerçant sur les réseaux sociaux et non atteintes par les interventions de proximité à travers une dispensation en ligne * L’équipement de 28 PE pour l’identification de nouveaux HSH en ligne, couplée à la promotion d’autotests * Une étude sera conduite pour apprécier l’impact de l’autodépistage sur l’identification des PVVIH   Les interventions de dépistage seront conduites dans l’ensemble du pays, avec un ciblage sur 28 DS, concentrant 80% des besoins non couverts (80% du gap national sur le 1er 90, 80% des nouvelles infections et 80% des PVVIH). Le détail de la couverture par DS figure dans la cartographie ci-annexée, distinguant les contributions de PEPFAR et du FM. Alliance Côte d’Ivoire prévoit de couvrir 41 DS pour les interventions communautaires de dépistage.  **Cf. cartographie de l’offre de services PEPFAR et FM** *(Annexe 27)* |
| **Populations prioritaires** | Les cibles prioritaires du dépistage pour cette présente subvention sont :   * Les populations clés : TS, HSH, transgenres, UD/UDI, Détenus * Les autres populations vulnérables : partenaires sexuels et clients des TS, partenaires sexuels des PVVIH, adolescents et jeunes sexuellement actifs, personnes en uniformes, personnes en situation de handicap, hommes de plus de 25 ans * Femmes enceintes et enfants exposés * Conjoint des femmes enceintes et allaitantes * Les Jeunes filles victimes d’exploitation sexuelle (TS mineurs) |
| **Obstacles et inégalités** | La stigmatisation et la discrimination à l’endroit des PVVIH et des populations clés (40% dans le Stigma Index de 2016) entravent la demande du dépistage par les populations prioritaires. Aussi, l’intégration insuffisante du dépistage dans les structures privées à but lucratif limite l’accès au dépistage des populations vulnérables fréquentant ces structures notamment les hommes de plus de 25 ans. La perception négative de l’infection à VIH par la population et le faible niveau de connaissance sur le VIH au sein de la population générale (21,5% pour les femmes, contre 33,4% pour les hommes, MICS 2016 - *Annexe 30)* mais surtout chez les adolescentes et jeunes filles (24% chez les adolescentes et jeunes filles contre 33% chez les adolescents et jeunes garçons, MICS 2016 - *Annexe 30*) limitent la demande du dépistage. Pour surmonter ces obstacles, les actions suivantes seront entreprises   * des sensibilisations de proximité et des renforcements de capacité sur les droits humains, le genre et la loi VIH cibleront les décideurs, les juristes, les forces de l’ordre, les prestataires de santé, les adolescents et jeunes et la population générale * une analyse situationnelle en vue de l’intégration du dépistage dans les structures de santé privées à but lucratif des DS prioritaires * la mise en œuvre du plan de communication issu de l’Enquête socio-anthropologique sur les déterminants de la faible demande de dépistage du VIH-sida chez les ivoiriens *Annexe 31)* (en vue de présenter le VIH comme une maladie chronique ordinaire) * la promotion des services liés au VIH et des avantages du dépistage sur les canaux de communication adaptés à chaque cible prioritaire du dépistage et des séances d’éducation seront conduites à l’endroit des populations prioritaires pour améliorer la connaissance sur les IST et le VIH. |
| **Justification** | Les services de dépistage sont une porte d’entrée pour l’accès aux autres services de prévention et aux services de soins et traitement ARV. Cependant, en 2019, seulement 79% des PVVIH connaissent leur statut et 63% des PVVIH sont sous traitement ARV, alors que la Côte d’Ivoire est engagée à l’atteinte des objectifs d’accélération d’ici 2025, à savoir 95-95-95. Une offre de services différenciés du dépistage à l’endroit des populations prioritaires (les plus vulnérables) avec un accent sur le dépistage communautaire intégrant l’auto dépistage et la mise à échelle de l’index-testing permettra d’atteindre cet objectif. |
| **Résultats attendus** | * 89% de PVVIH connaissent leur statut sérologique et sont mis en lien avec les services de soins et traitement ARV * Des services différenciés de dépistage de qualité sont disponibles dans tous les centres de santé publics, dans les centres de santé privés à but lucratif à haut volume des districts prioritaires * Le dépistage communautaire contribue à au moins 30% des PVVIH nouvellement diagnostiquées |
| **Investissement attendu** | **1 739 458 euros (soit 2%)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **No de module** | **Module 4 :** **Traitement, prise en charge et soutien** |
| **Principales interventions et activités** | Les objectifs de réduction des nouvelles infections et de la mortalité liée au VIH selon le scénario fast track de la modélisation GOALS nécessitent d’atteindre une couverture en ARV de 90,25% pour les PVVIH adultes et 95% des PVVIH enfants en 2025 (*Annexe 23)*. La file active de patients traités par ARV projetée sur la base des estimations Spectrum est de 285 962 en 2020, 302 169 en 2021, 317 226 en 2022 et 331 166 en 2023. Ce qui nécessitera des nouvelles inclusions dans le traitement ARV de 35 977 nouvelles PVVIH en 2020, 28 689 en 2021, 20 480 en 2022 et 15 413 en 2023. Le rythme d’inclusion baisse logiquement au cours du temps, du fait de : (i) la réduction du pool des PVVIH ignorant leur statut sérologique (sous l’effet de la progression des stratégies de prevention et de dépistage); (ii) l’amélioration du lien au traitement ; et (iii) la réduction de l’atrition de la file active des PVVIH traitées par ARV sous l’effet des efforts pour améliorer leur rétention dans les soins.   1. **Prestation de services différenciés de traitement antirétroviral et de prise en charge du VIH**   Pour accélérer l’atteinte du 2ème 90 (estimé à 63% en fin 2019, pour un objectif de 81% *Annexe 32*), les activités proposées en matière de prestation de services différenciés dans ce module seront :   * Le renforcement des modèles de soins différenciés existants, notamment le renouvellement accéléré du TARV (3 mois), la dispensation multimois (6 mois), la distribution d’ARV par les groupes d’autosupport des patients stables ; * Assurer le suivi de la mise en œuvre de la délégation encadrée des tâches dans les structures de PEC VIH * La promotion et le passage à l’échelle de la distribution communautaire des ARV (distribution communautaire mis en place de façon progressive, selon un plan opérationnel / guide technique en cours de développement, à partir des 248 sites des 41 DS couverts par Alliance Côte d’Ivoire d’ici 2023) ; * Le renforcement du lien au traitement / référence active (entre les acteurs communautaires et les sites de prise en charge) ; * Le renforcement de la préparation au traitement dans le contexte du « Tester et traiter tous » (éducation pré-thérapeutique) ; * La transition vers les schémas optimaux de traitement ARV. * L’accompagnement des prestataires non-pédiatres pour prendre en charge les enfants infectés par le VIH dans les structures de santé offrant la PEC VIH et ne rapportant pas de données de PECP * La diffusion rapide des documents normatifs élaborés / mis à jour sur la base des recommandations internationales pour leur appropriation par les prestataires * Le maintien des acquis ainsi que la formation des nouveaux prestataires dans les DS prioritaires.   Ces interventions seront intensifiées dans 36 DS prioritaires, avec des activités de maintien / pérennisation des acquis dans les autres districts. Sur ces DS prioritaires, 10 sont soutenus par le PEPFAR et 20 par Alliance Côte d’Ivoire, tandis que la coordination et la formation seront assurées par le PNLS et la DSC. Dans les autres DS, 21 seront soutenus par ACI.     1. **Suivi du traitement – Toxicité des antirétroviraux**   Les activités principales prévues sont :   * Le renforcement du suivi de la toxicité des ARV (appui au système de pharmacovigilance, formation sur la notification des cas), en particulier dans le contexte de la transition en cours vers un nouveau protocole de 1ère ligne d’ARV incluant le dolutégravir (DTG) * Le renforcement des capacités des prestataires sur le suivi clinique et biologique des PVVIH * Le renforcement du système national d'assurance qualité des laboratoires pour le VIH, y compris la maintenance des équipements.  1. **Suivi du traitement – Charge virale**   Les 19 plateformes de biomol existantes peuvent couvrir les besoins nationaux de CV mais des défis persistent en termes de difficultés d’acheminement des prélèvements, d’insuffisance des laboratoires relais, la faible prescription de la CV par les prescripteurs et la faible utilisation des résultats dans le suivi des PVVIH.  Les activités prévues sont :   * Le renforcement des plateaux techniques pour l'offre de charge virale VIH (extension des POC, etc.) * L’acquisition de cartouches et consommables, de matériels de communication des résultats * Le renforcement du dispositif d'acheminement des prélèvements biologiques, y compris la charge virale VIH, avec l'implication des acteurs communautaires le cas échéant (équipements de transports d’échantillon) * Le renforcement des capacités des prestataires à la prescription et à l’utilisation de la charge virale (médecins, infirmiers, sages-femmes) * Le renforcement des capacités des acteurs communautaires sur l'intérêt de la CV et l'accompagnement des PVVIH à sa réalisation.  1. **Prévention et prise en charge des co-infections et des Comorbidités**   L’amélioration de la qualité du suivi des PVVIH au long cours doit impacter la réduction de la morbi-mortalité, par le dépistage et traitement des comorbidités, parmi une cohorte de PVVIH qui vieillit.  Il s’agit de :   * Prévention, dépistage et prise en charge des cas d’hépatites virales, de diabète par les mêmes prestataires (référence précoce, formation des prestataires, cadre de collaboration des différentes parties prenantes) * Intégrer la prévention du cancer du col de l'utérus chez les filles et femmes vivant avec le VIH (diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses) dans les structures de PEC VIH (équipement des sites, formation des prestataires).  1. **Conseil et soutien psychosocial**   Le paquet de services de conseil et soutien psychosocial comprend le paquet de rétention (9 actions pour l'observance et le maintien dans les soins durable des PVVIH sous TARV dans les soins) et le paquet de soins et soutien selon les besoins (soutien psychologique, soutien social, soutien de renforcement économique, disponibilité et l’accessibilité du préservatif aux PVVIH, soutien nutritionnel et alimentaire, etc.) pour un maintien durable des PVVIH (adulte, enfants et adolescents) dans les soins.  Les principales activités sont :   * Mettre en place le paquet de rétention pour l'observance et le maintien durable des PVVIH (adultes, populations clés, enfants et adolescents) sous TARV dans les soins à l'endroit au niveau clinique et communautaire * Installer les équipes d'ETP (100/an) sur l'ensemble des sites de PEC ARV * Mettre en place le cadre de coordination des interventions des soins et soutien * Apporter le paquet de service de conseil et de soutien psychologique aux PVVIH (adulte, enfants et adolescents) dans le besoin dans l'ensemble des structures de PEC clinique et communautaire * Enrôler les leaders religieux, les responsables de camps de prière et les praticiens de la médecine traditionnelle dans l'offre des services de soins et soutien aux PVVIH * Renforcer l'implication des parents dans la PEC des adolescents et des enfants   **Cf. cartographie de l’offre de services PEPFAR et FM** *(Annexe 27)* |
| **Populations prioritaires** | Ce module vise les populations suivantes :   * PVVIH adultes, enfants et adolescents * Patients coinfectés VIH/Tuberculose * Populations spécifiques (Populations clés, vulnérables, femme enceintes …) * Orphelins et Enfants rendus vulnérables du fait du VIH (OEV) et famille |
| **Obstacles et inégalités** | * **En lien avec les droits humains**   Nous notons un faible accès des populations clés (HSH, TS et UD) du à la stigmatisation et la discrimination entrainant leur faible rétention dans les soins   * **En lien avec l’âge**   Les enfants et les adolescents ont toujours été le maillon faible de la PEC car leur PEC dépend des adultes. Leur paquet de service n’est pas souvent conforme aux attentes et adapté à leurs besoins surtout pour les adolescents   * **En lien avec le financement des interventions de soins et soutien**   On note une insuffisance de financement des interventions de soins et soutien à cause de la méconnaissance des soins et soutien et l’importance de leur impact sur la rétention durable des patients dans les soins   * **En lien avec la rétention durable des PVVIH dans les soins**   Du fait de l’insuffisance de maintien durable des PVVIH dans les soins, on note une augmentation importante du nombre de perdus de vue qui se retrouvent essentiellement dans les camps de prière et chez les praticiens de la médecine traditionnelle.  On constate aussi une vulnérabilté croissante des PVVIH/OEV et famille due à l’insuffisance d’autonomisation et d’insécurité alimentaire   * **En lien avec le suivi évaluation des interventions de soins et soutien**   On note une sous notification des données de soins et soutien qui va se traduire par l’insuffisance de l’amélioration de la qualité des services offerts et la mesure de l’impact.  **Mesures envisagées par le PNLS pour éliminer ou atténuer ces obstacles**   * Entreprendre des actions ciblées à l’endroit des prestatires de santé pour réduire la stigmatisation à l’encontre des populations clés * Adaptation des servcies aux besoins spécifiques des enfants et adolescents en renforcant l’intégration des services dans le sens d’une PEC conjointe de l’adulte et de l’enfant aux mêmes points d’offre de service (accompagnement des prescripteurs non médecins pour offrir le service aux enfants) * Renforcer le paquet de rétention et de soins et soutien * Réaliser la cartographie des camps de prière. * Implication des leaders religieux, les responsables de camps de prière et les praticiens de la médecine traditionnelle dans l'offre des services de soins et soutien aux PVVIH pour la recherche active des perdus de vue et leur réintégration dans les soins * Activité de plaidoyer et de mobilisation des ressources surtout domestiques pour la mise en œuvre des activités de renforcement économique. * Réviser les outils de collecte de données sur les soins et soutien. |
| **Justification** | * Insuffisance de rétention durable des PVVIH adultes, enfants et adolescents * Taux élevé de perdus de vue et de sero-ignorants retrouvés essentiellement dans les camps de prière /Pratciens de la médecine traditionnelle |
| **Résultats attendus** | * Couverture ARV (2023): 81,83% pour les adultes, 75,33% pour les moins de 15 ans * Rétention à 12 mois (2023) : 91,33% chez les adultes et 89,67% chez les les moins de 15 ans * 85,7% des PVVIH sous ARV ont une suppression de la charge virale |
| **Investissement attendu** | **41 273 898 euros (soit 51%)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **No de module** | **Module 5 :** **Tuberculose/ VIH** |
| **Principales interventions et activités** | La collaboration entre les programmes TB et VIH a permis d’améliorer certains indicateurs de la lutte conjointe (dépistage du recherche active de la tuberculose chez les PVVIH, contrôle de l’infection tuberculeuse chez les PVVIH). En revanche, la thérapie préventive à l’isoniazide (TPI) a débuté en 2018 par une phase d’initiation dans 6 structures et seulement 374 patients en ont bénéficié en 2019.  L’extension progressive de la TPI est prévue, encadrée par une feuille de route élaborée en mars 2020 entre PNLT et PNLS. Les modalités de mise en oeuvre et les coûts sont partagés entre les programmes.  Les activités prévues dans le cadre des interventions du module sont listées ci-dessous.   1. **Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH :**  * Former/orienter les prestataires de santé sur la recherche active, le contrôle et la PEC de la TB * Doter les structures concernées de matériel et supports de sensibilisation sur le contrôle de la TB * Conduire des visites/missions de suivi/supervision (PNLS + PNLT)  1. **Dépistage, test et diagnostic :**  * Assurer la référence des cas présumés TB des structures ne disposant pas de CDT vers les structures de PEC de la tuberculose  1. **Prévention :**  * Assurer le suivi / supervision des interventions et des intervenants de mise en œuvre de la TPI * Former les professionnels de santé, communautaires (ASC) sur la mise en œuvre de la TPI et le contrôle de l’infection TB * Acquérir les intrants (films de radiographie pulmonaire, cartouches Xpert) pour le diagnostic de la TB chez **les** **PVVIH** * Acquérir des produits de santé pour la TPI chez les PVVIH adultes et adolescents et enfants (isoniazide, pyridoxine) * Reproduire et diffuser les matériels de sensibilisation sur les mesures de contrôle de l’infection tuberculeuse dans les structures de santé et dans la communauté  1. **Prise en charge communautaire de la coïnfection TB/VIH :**  * Former les prestataires communautaires sur la co-infection TB/VIH * Organiser la recherche active de TB chez les PVVIH dans la communauté   Les interventions de prestations de services ci-dessus seront reparties entre le PNLS (activités des sites de prise en charge non soutenus par le PEPFAR) et Alliance Côte d’Ivoire (activités communautaires) dans les 36 DS prioritaires pour la prise en charge du VIH.  **Cf. cartographie de l’offre de services PEPFAR et FM** *(Annexe 27)* |
| **Populations prioritaires** | Les populations concernées par la présente subvention sont :   * Population générale * Populations à risque : enfants, mineurs et communautés minières, habitants des quartiers précaires, habitants des zones d’accès difficile, Populations clés (Usagers de drogues) * Cas présumés de tuberculose * Patients vivant avec le VIH |
| **Obstacles et inégalités** | * **Rejet social et discrimination**   Malgré les efforts déployés par le pays, la discrimination et la stigmatisation restent élevées. En effet, selon les résultats de l’étude nationale de l’index de la stigmatisation de l’ONUSIDA de 2016 *(Annexe 18),* le niveau global de stigmatisation et/ou de discrimination vécue par les PVVIH de la part d’autres personnes demeure élevé.  L’association de la tuberculose au VIH, pourrait amplifier la stigmatisation et la discrimination à l’endroit de ces personnes et accroître ainsi leur vulnérabilité.   * **Inégalité entre les genres et violence fondée sur le genre**   L’inégalité et la discrimination fondées sur le sexe, le genre, l’identité de genre et l’expression de genre pourraient des causes de vulnérabilité majeure à l’infection à VIH et rendent l’existence des personnes vivant avec le VIH encore plus difficile.  **Mesures envisagées par le PNLS dans le cadre de la lutte conjointe pour éliminer ou atténuer ces obstacles**   * Aider à prolonger les messages du PNLT sur la sensibilisation à travers les médias sur les droits de l’homme et la stigmatisation à l’endroit de la population en matière de TB/VIH. * Renforcer le cadre de coordination avec le PNLT-PNLS pour appuyer les initiatives de communication * Le pays met actuellement en œuvre les mesures nécessaires pour rapprocher l’offre de soins et de traitement des populations à travers la décentralisation et actions spécifiques à l’attention des populations démunies. |
| **Justification** | La tuberculeuse demeure la cause majeure de survenue de décès chez les PVVIH  Les recommandations internationales vont dans le sens du renforcmement de la lutte conjointe notamment l’intégration de la stratégie end TB dans les tester et traiter tous. |
| **Résultats attendus** | Réduction de la morbidité et de la mortalité liéé au VIH par la reduction de la charge de la TB chez les PVVIH:   * Le taux de décès chez les co-infectés TB/VIH est réduit de 10 à 7 décès pour 100 000 habitants en 2023 * En 2023, la recherche active de la TB est réalisée chez 96% des PVVIH inclus dans les soins * Tous les tuberculeux connaissent leur statut VIH et sont pris en charge * En 2023, la prévention de la TB est réalisée chez 56% de l’ensemble des PVVIH indemnes de tuberculose active et inclus dans les soins |
| **Investissement attendu** | **1 766 889 euros (soit 2%)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **No de module** | **Module 6 : Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l’accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose** |
| **Principales interventions et activités** | Les activités de réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l’accès aux services de lutte contre la tuberculose, font l’objet d’une requête spécifique dans la demande de financement sur la composante tuberculose, qui ne sont pas répétées dans ce module.   1. **Réduction de la stigmatisation et de la discrimination**   Il s’agira de redynamiser le site national « protection pour tous » de rapportage des cas de violences faites aux populations clés et aux PVVIH. A cet effet, une application mobile sera developée en vue de faciliter son utilisation par les victimes. Par ailleurs, une interopérabilité avec les autres outils ce qui permettra une meilleure coordination au niveau national.  L’Observatoire Droits Humains (ODH), développé par ENDA Santé sur financement du NFM2, répond aux questions de violences et autres atteintes aux DH en direction des PVVIH et des populations clés.  Il est prévu qu’il intègre à terme 2 composantes :   * Le volet Droits Humains (DH) tel que développé initialement par ***ENDA Santé*** :   + La documentation et l’analyse les violations des droits fondamentaux des populations clés   + L’alerte sur cas de violations et l’impact des politiques sur les conditions de vie des populations clés   + Le renforcement des capacités de ses membres et des organisations gouvernementales et non gouvernementales sur les droits humains   + Le référencement vers des structures pour une offre de service médical, judiciaire et/ou juridique   + La mise en place de stratégies pour améliorer l’environnement juridique, sécuritaire, social, politique et sanitaire en lien avec les populations clés   + Le plaidoyer pour l’amélioration de l’environnement légal en faveur des populations clés * Le volet Veille et Surveillance Communautaire pour l’accès au traitement, au suivi biologique / examens complémentaires et à la gratuité effective des services, mis en œuvre par la ***Plateforme des Réseaux et Faitières de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme***.   L’évaluation de référence pour le déploiement à l’échelle des programmes visant à réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l’accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose met l’accent sur la persistance au sein de la société de préjugés, perceptions négatives de populations clés et hautement vulnérables et de l’auto-stigmatisation encore affirmée en leur sein.  Il recommande par ailleurs un renforcement des activités de l’observatoire et leur extension à 86 districts.  Les défis pour le NFM3 sont donc : (i) Assurer une plus grande visibilité des observatoires ; (ii) Mettre en place un cadre de coordination unique entre le volet DH et les questions d’accès au traitement afin de mettre en œuvre un système de veille plus complet ; (iii) Assurer l’extension de l’ODH sur l’ensemble du pays ; et (iv) Réduire la persistance des pesanteurs socio-culturelles.  Les principales activités seront :   * Assurer la surveillance, l’investigation, la documentation et le rapportage des cas de violences et sur l’accessibilité et la non-disponibilité des traitements sur 86 districts sanitaires * Renforcer le cadre de coordination en intégrant les questions DH et accès au traitement * Organiser une Campagne de promotion des observatoires auprès des groupes cibles * Campagne publique via les radios communautaires pour la déconstruction des préjugés et le respect des droits humains * Organiser des séances de renforcement personnel et d’estime de soi au profit des populations clés et des PVVIH  1. **Éducation juridique (« Connaissez vos droits »)**   L’accès à la justice de la population générale et plus spécifiquement des populations vulnérables est freiné par certains déterminants relevés par l’étude portant analyse du cadre légal (LEA) : (i) la connaissance insuffisante des mécanismes judiciaires, de la loi et des principes des droits de l’Homme ; et (ii) la lourdeur des procédures administratives et judiciaires, qui décourage les justiciables.  Le NFM2 a permis d’apporter une réponse concrète par la réalisation d’activités de consultations juridiques foraines (COJUFOR). Pour la NFM3, il s’agit de déployer cette activité au-dela des districts de base à l’ensemble de tous les districts. Les principales activités sont :   * Animer 86 sessions de COJUFOR par an dans les districts * Actualiser/produire et diffuser des supports de communication sur l’aide juridique et judiciaire aux populations clés et vulnérables (physique, radiophonique et numériques) * Organiser 20 sessions d’orientation (3jrs) des éducateurs de pairs et des conseillers communautaires issues des ONG impliquées dans la prévention et la prise en charge des populations clés, des transgenres et des personnes vivant avec le VIH sur les violences basées sur le genre, les droits humains en lien avec le VIH et les recours en cas de violation.  1. **Droits humains et éthique médicale liée au VIH et à la co-infection VIH/tuberculose pour les prestataires de soins de santé**   Les études révèlent la persistence de violations des droits des bénéficiaires par des prestataires de soins de santé, souvent liées à la méconnaissance par ces professionnels des droits humains et de l’éthique médicale. Ces faits découragent certains bénéficiaires d’entrer et de rester durablement dans le circuit de soins.  Les principales activités prévues sont :   * Mener un plaidoyer en direction des Ministères techniques, Universités, UFR des sciences médicales, de l'INFAS et l’INFES pour l’intégration de modules spécifiques sur les droits des populations hautement vulnérables dans les curricula de formation * Organiser 10 sessions d'orientation/an pour les étudiants en fin de cycle des UFR des sciences médicales, de l'INFAS, institutions de formation des intervenants sociaux, Ecole Normal Supérieur d’Education Permanente * Organiser un atelier de formation des formateurs, professionnels du parcours de soins en droits humains et éthique médicale * Organiser des orientations sur les sites de prise en charge, des acteurs du parcours de santé sur les DH et l'éthique      1. **Services juridiques liés au VIH et à la co-infection VIH/tuberculose**   La disponibilité des services juridiques et leur répartition sur l’ensemble du territoire est à consolider. Le NFM2 a proposé un mécanisme communautaire de prise en charge juridique et judiciaire des cas de violation des DH. Mais des insuffisances demeurent toujours dans la mise en œuvre de ce mécanisme notamment dues aux difficultés que rencontrent fréquemment les parajuristes pour conclure des investigations de qualité.  Les principales activités sont :   * Mettre en place un algorithme pour la prise en charge juridique et judiciaire des populations clés et des PVVIH * Confier l’investigation pour les incidents majeurs à une équipe de professionnels issue de la LIDHO * Organiser 01 session d’orientation (2 jrs) des SPJEJ sur le mécanisme de prise en charge des cas de violation des DH * Former 200 nouveaux points focaux commissariat et gendarmerie * Assurer les frais de dossier pour l'assistance juridique des victimes (frais d'ouverture de dossier+honoraire de l'avocat) / 10 cas par an  1. **Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l’ordre**   La 1ère étude index stigma a fait ressortir la méconnaissance les principaux des Instruments juridiques, de politiques nationaux et internationaux d’une part et d’autres part la persistance des violences perpétrées par les forces de l’ordre sur les populations vulnérables. Pour le NFM2, la question de la sensibilisation des forces de l’ordre a été abordée à travers le renforcement des capacités d’une soixantaine d’OPJ installés comme points focaux genre dans les commissariats. La NMF3 permettra de renforcer cet aspect pour faire cesser les violences decriées dans l’accomplissement des taches régaliennes de maintien de l’ordre et faciliter l’accès à la justice pour les forces de l’ordre. Ces interventions seront mises à échelle sur l’ensemble du pays.  Les principales activités sont :   * Conduire un programme LILO et DH en direction des législateurs, policiers et gendarmes (couvrant les questions relatives aux TS, HSH, TG et UD) * Organiser 01 campagne de sensibilisation des législateurs sur les violations des droits humains, stigmatisation, discrimination des populations clés et des PVVIH en direction de la population sur les radios de proximité  1. **Amélioration des lois, des règlements et des politiques liés au VIH et à la co-infection VIH/tuberculose**   Au regard des insuffisances relevées à travers certaines analyses en matière de disposition, il s’avère nécessaire d’harmoniser les lois, règlements et politique, liés au VIH et à la co-infection VIH/TB par la conduite de plaidoyer auprès des autorités compétentes.  Pour la NFM3, les dispositions devant faire l’objet d’amendement seront portées à la connaissance des acteurs clés ou institutionnels qui constituent les leviers pour un changement de l’environnement légal. Un plaidoyer va cibler principalement les ministères techniques en charge des questions de justice et des droits de l’homme (MJDH et le Secrétariat d’Etat des Droits de l’Homme, MFFE, MPS) et l’institution parlementaire (Assemblée nationale et Sénat).  Les principales activités sont :   * Mettre en place un groupe de plaideurs bénévoles sur les questions DH-VIH/TB * Organiser 01 échange scientifique sur l’impact de l’environnement sociale et juridique dans l’évolution de la pandémie VIH/Tb * Organiser 04 sessions annuelles d'échanges entre forces de défense et de sécurités, magistrats, prestataires de santé, (etc.) sur la mise en œuvre des interventions des droits humains * Organiser des réunions de plaidoyer sur l’encadrement du travail du sexe, les rapports sexuels entre personnes de même sexe, la révision de la loi VIH en certains articles (par exemple la pénalisation de la transmission du VIH, le consentement parental pour le dépistage des moins de 16 ans, etc.), la réforme de la politique et règlementation sur l’usage des drogues * Organiser de 02 séances d’information parlementaires (société civile/ programmes nationaux)  1. **Renforcement des capacités des leaders d’opinion, des institutions et acteurs clés sur les droits humains en lien avec le VIH**   La NFM2 a permis de mettre en place un cadre de collaboration avec les acteurs communautaires, gouvernementaux et législateurs, abordant la thématique des DH pour les populations hautement vulnérables à travers l’établissement de partenariat visant à renforcer la réponse relative à la prise en charge des populations cibles.  Pour la NFM3, il est prévu de mettre en évidence le leadership de la DPJEJ qui a en charge les questions DH et VIH. Par ailleurs, la complémentarité sera renforcée avec la signature de partenariat avec d’autres acteurs communautaires. Les principales activités sont :   * Apporter un appui technique et financier à la DPJEJ pour l’affirmation de son leadership * Créer une interopérabilité entre les outils de rapportage des différents observatoires * Elaborer des partenariats constructifs entre les services juridiques et les organisations communautaires  1. **Réduction de la discrimination fondée sur le genre, des normes de genre nocives et de la violence contre les femmes et les filles dans toute leur diversité, en lien avec le VIH**   Les inégalités de genre constituent l’un des obstacles importants qui limite la capacité à consulter, en particulier pour les femmes et les filles. Des attitudes, croyances et pratiques traditionnelles limitent la possibilité pour celles-ci d’accéder aux services de Prévention et PEC VIH puis de rester dans le système de soins, ce qui accroît la vulnérabilité de cette population.  Dans le NFM3, il s’agit de permettre aux plateformes VBG de jouer leur rôle de coordination et de creuset technique de réponse aux incidents/cas de VBG notifiés dans leur zone. Les principales activités sont :   * Appuyer le fonctionnement et le renforcement des capacités de 86 plateformes VBG * Faire une cartographie des centres d’accueil et d’hébergement * Référencer les survivants vers les centres d’accueil et d’hébergements * Assurer l’hébergement d’urgence et l’accompagnement des survivants au sein des centres * Assurer la PEC médicale des survivants de VBG  1. **Mobilisation de la communauté et activités de plaidoyer**   Pour mener à bien les activités Droits Humains et contribuer à créer un environnement socio-juridique favorable aux PVVIH et aux populations clés, il s’avère primordial de mener des activités de mobilisation de la communauté. Pour une bonne compréhension des activités Droits Humains qui sont menées par les acteurs communautaires et publics, les principales activités sont :   * Formation de leaders communautaires et d’opinion * Sensibilisation sur les VBG par les leaders communautaires et décideurs locaux * Ecole des maris pour l’implication des hommes dans la santé de la reproduction, la lutte contre les violences basées sur le genre y compris les mariages précoces et le maintien des filles à l’école * Promotion de l’accès aux soins et aux droits des PSH   L’ensemble de ces interventions sera passé à l’échelle du pays, avec le concours d’acteurs communautaires autres que les SR/SSR de ACI, intervenants de la plateforme des réseaux et faitières nationales des OSC. |
| **Populations prioritaires** | * Populations clés * Jeunes filles victimes d’exploitation sexuelle * Personnes vivant avec le VIH * Personnes en situation de handicap |
| **Obstacles et inégalités** | Pour les Populations clés, la stigmatisation, la discrimination à la fois en communauté et de la part de prestataires (liés aux perceptions culturelles), le manque de ressources et de connaissance en matière juridique et l’absence de services dédiés sont des obstacles à l’accès aux soins et aux droits.  L’inégalité et la discrimination basées sur le sexe et l’identité de genre sont aussi des causes de vulnérabilité majeure à l’infection à VIH et rendent les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH encore difficiles. Le faible statut socioéconomique et politique des femmes doublé de l’analphabétisme les rendent encore plus vulnérables à l’infection à VIh que les hommes. Beaucoup de femmes et de filles ne sont pas en position de négocier des rapports sexuels protégés avec leurs partenaires masculins. En outre, le mariage précoce ou forcé qui est une grave violation des droits humains expose les femmes et les filles au risque d’infection à VIH et pose de sérieux problèmes de santé génésique. Enfin, les femmes et les filles sont confrontées à des taux élevés de violence basée sur le genre *(Annexe 30)*.  Les interventions déployées à ce jour pour répondre à ces défis se sont limités à 39 districts sanitaires et rencontrent encore de nombreuses difficultés dans leur mise en oeuvre.  L’extension des interventions dans le cadre du NFM3 couvrira 47 nouveaux districts sanitaires, avec : (i) l’intégration des questions de droits humains et d’accès au traitement ; (ii) une meilleure visibilité des recours offerts par le programme ; (iii) le renforcement des connaissances et aptitudes des législateurs et hommes d’application des lois ; (iv) une meilleure implication des leaders communautaires ; et (v) la capacitation des groupes cibles sur ces thématiques.  L’ensemble de ces activités permettra d’améliorer l’environnement social, culturel et politique en faveur des populations clés et vulnérables. |
| **Justification** | Les questions de droits comme obstacles à l’accès aux services de santé ont été mises en exergue dans de nombreuses analyses :   * L’enquête CIPHIA 2018 *(Annexe 4)* donnait une prévalence de 2,9% dans la population générale. Chez les populations clés, on enregistre des taux de 2 ou 3 fois supérieurs (*Annexe 3)* * L’Indice de Stigmatisation de 2016 (*Annexe 18)* : 2,4% des PVVIH ont fait l’objet de stigmatisation et de discrimination de la part du personnel de santé * Evaluation du cadre légal 2017 *(Annexes 9)* : L’accès à justice des populations Générale et plus spécifiquement des populations vulnérables est freinée par : (i) la Corruption, manque de confiance aux fonctionnaires qui animent l’appareil judiciaire ; (ii) la Connaissance insuffisante des mécanismes judiciaires de la part de la population ; (iii) la Connaissance insuffisante de la loi et des principes des droits de l’Homme de la part de la population ; et la (iv) la lourdeur des procédures administratives et judiciaires qui décourage les justiciables * Evaluation de référence pour le déploiement à grande échelle des programmes visant à réduire les obstacles liés aux DH qui entravent l’accès aux services de lutte contre le VIH et la TB (2018) *(Annexe 17)* * PSN VIH 2016-2020 *(Annexe 32)* * Rapport annuel 2019 de l’observatoire Droits Humains *(Annexe 33)* * Stratégie Nationale VBG, 2014 *(Annexe 34)* |
| **Résultats attendus** | La stigmatisation et de la discrimination à l’endroit des PVVIH et des populations clés sont réduites de 50% d’ici fin 2023 (21% contre 40,4% en 2016). |
| **Investissement attendu** | **4 855 495 euros (soit 6%)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **No de module** | **Module 7: Gestion de programmes** |
| **Principales interventions et activités** | 1. **Coordination et gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies**   La lutte contre les IST/VIH/sida est coordonnée par le PNLS sur toute l’étendue du territoire national. Cette coordination consiste à la mise en œuvre des activités de surveillance, assistance technique, supervision, planification des ressources humaines, coordination avec les autorités locales et les districts, réunions trimestrielles, partenariat et plaidoyer, sensibilisation et communication.  Ces activités se font aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les interventions de suivi-évaluation liées à la maladie ainsi que les études et recherche sont également prises en compte dans ce module.  Le PNLS innovera en investissant dans l’équipement de visioconférence de plus de 110 sites de prise en charge, des DS prioritaires pour la prise en charge, en choisissant les sites qui gèrent les plus grosses files actives de PVVIH traitées par ARV. En complément de ce que l’OMS développe au niveau des Districts Sanitaires, ces équipements seront principalement orientés vers l’enseignement à distance pour la formation continue des personnels de santé et communautaires, les réunions de coordination, le suivi de la qualité des services (télémédecine, études de dossiers, etc.) Il s’agit de réduire les interventions couteuses d’ateliers et de formation au plus strict minimum, grâce à ces innovations technologiques.  **PR Public :**   * Redynamiser les capacités des comités sectoriels de lutte contre le sida (CSLS) au niveau central, ainsi que des comités décentralisés de lutte contre le sida (CRLS, CDLS, CCLS, CVLS) en matière de coordination, avec un accent sur l'initiative ville et VIH * Renforcer l'engagement du secteur privé dans la réponse nationale au VIH/sida * Mettre en place un cadre de coordination multisectorielle efficace entre le secteur public, le secteur privé et le système communautaire * Mettre en place d'un cadre de concertation avec tous les partenaires pour l'alignement des financements extérieurs et des données sur la réponse nationale au VIH et au sida * Mener des plaidoyers pour un engagement plus fort des autorités au niveau central et au niveau décentralisé * Mener des plaidoyers auprès de la CMU pour l'intégration dans les paniers de soins des dépenses de santé liées au dépistage et à la prise en charge du VIH * Activités Coordination OEV : Les activités de l’ensemble des interventions prioritaires sus-cités (2 à 6) seront développées sur la base du même ciblage que la prise en charge thérapeutique (cf. ci-dessus). L’appui au PNOEV permettra d’améliorer l’articulation et la coordination avec les activités mises en oeuvre par le PEPFAR dans le domaine précis de l’appui aux OEV * Équiper 115 sites de prise en charge en kits de visioconférence complet et apporter un appui en terme de fourniture de crédit internet pour le fonctionnement des plateformes.   **PR Communautaire :**   * Assurer les missions de supervision et coaching des ASC-PE et ASC-CC par les SSR, des délégués régionaux et les parajuristes par la PFRF. * Assurer les missions de validation des données financières des SR par le PR (équipe Finances/Subventions) et des SSR par les SR, la validation des données programmatiques des SSR par les SR, la supervision des SSR par le SR * Organiser 1 réunion trimestrielle de coordination de suivi du projet par le SR avec les SSR * Assurer une mission mensuelle de Supervision des SR par l'équipe Finances /Subventions du PR, une mission de supervision trimestrielle des activités des SR par l’équipe Programme du PR, une mission semestrielle RDQA et RSQA pour les données et activités communautaires * Reproduire des outils pour la collecte des données * Assurer la participation du PR communautaire aux réunions / Ateliers au niveau national et la participation aux réunions et conférences internationales (AfraVIH, IAS, ICASA, etc.) * Assurer une mission trimestrielle de validation des données programmatiques communautaires par l’équipe M&E du PR, une mission quadrimestrielle d'audit interne des SR par le PR (Auditeur interne) * Organiseur une réunion de démarrage avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le projet, une réunion bilan final du programme communautaire, des réunions trimestrielles de coordination par an de suivi du projet par le PR avec les SR * Apporter un appui au renforcement des capacités des équipes du PR et des SR, ainsi qu’un appui au fonctionnement de la PFRF * Organiser les réunions de la conférence des présidents (1 réunion par trimestre), du bureau de la plateforme (1 réunion par trimestre), de la commission technique (1 réunion par trimester), les réunions statutaires des 10 réseaux membres de la plateforme (2 réunions par réseaux) * Organiser des missions semestrielles de plaidoyer de la conférence des présidents du système d'alerte de la plateforme * Organiser l'Assemblée Générale annuelle de la plateforme * Assurer une mission mensuelle de validation des données financières des SSR par les SR * Apporter une assistance technique à la mise en œuvre du programme communautaire (MTEW, Autotests, DIC, autres) * Assurer 1 mission trimestrielle de la logistique du SR vers les SSR pour les inventaires physiques des équipements et des intrants (vivres, préservatifs/gels, etc.)   Un effort particulier sera fait pour une supervision intégrée TB/VIH par Alliance Côte d’Ivoire lorsque le RS/SSR et le prestataire (ASC) prennent en charge à la fois le VIH et la TB.   1. **Gestion des subventions**   Il s’agit de la demande de financement permettant de gérer la subvention avec les 2 PR, les SR et des SSR décrits dans la section 3 concernant la mise en œuvre.  **PR Public :**   * Appui au fonctionnement du Bureau du PNLS * Recrutement de personnel au PNLS, assurer salaires et autres frais liés aux ressources humaines recrutées pour la subvention et assurer les primes liées à la performance * Contribuer à la participation à des réunions et conférences et formations internationales pour le PNLS * Organiser une mission annuelle d'inventaire des immobilisations acquises sur le FM (coût partagé PNLT et PNLP) * Acquérir du matériel roulant et informatique et en assurer la maintenance ; assurer maintenance et assistance du logiciel TOMPRO * Réaliser l'audit financier annuel du PR PNLS (coût partagé PNLT et PNLP)   **PR Communautaire :**   * Frais de gestion du PR et des SR/PS/SSR * Assurer les Indemnités de licenciement du personnel dédié au programme VIH des SR et les indemnités de fin contrat du PR Communautaire pour motif de fin de la subvention déc. 2023 * Apporter un appui au fonctionnement du Bureau du PR Alliance CI (frais fixes, assurance maladie) * Apporter un appui au fonctionnement du SR/PS (assurance maladie, véhicules et motos) et au fonctionnement des SSR * Assurer le salaire des personnels du PR, des SR/PS et des SSR, * Assurer les primes de motivation des ASC-CC, délégués régionaux, et parajuristes * Acquérir du matériel (véhicules, motos) * Acquérir du matériel informatique et assurer la maintenance du matériel informatique * Organiser des sessions d'orientation des Responsables de suivi évaluation des SR et SSR, des Chargés de programme des SR et SSR, et sur la gestion financière/de subvention des SSR et SR. * Réaliser un Audit financier annuel du PR et des SR et réaliser une évaluation externe finale du programme VIH communautaire |
| **Populations prioritaires** | Les agents des Programmes à tous les niveaux ainsi que les récipiendaires principaux et les sous-récipiendaires de la subvention du FM. |
| **Obstacles et inégalités** | * Insuffisance de matériels roulants. * Non fonctionnalité des véhicules et matériels roulants. * Insuffisance de ressources humaines. * Lenteur dans le traitement des marchés liée à la complexté du manuel de procédures. * Mesures correctrices * Reviser et simplifier le manuel de procédures pour l’adapter à un contexte de gestion de programme. * Mettre en place des mesures de retention du personnel. |
| **Justification** | La mise en œuvre des interventions de coordination et de gestion de la subvention permettra d’améliorer la performance du programme de lutte contre les IST/VIH/sida |
| **Résultats attendus** | La coordination est assurée à tous les niveaux pour mener la surveillance, la supervision nationale, la planification et le partenariat de qualité.  La disponibilité de ressources humaines de qualité et de matériels roulants fonctionnels permettant de mener à bien les activités.  Le manuel de procédure simplifié permettra d’accélérer les appels d’offres |
| **Investissement attendu** | **15 074 594 euros (19%)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **No de module** | **Module 8 :** **Renforcement du système communautaire** |
| **Principales interventions et activités** | Dans le cadre l’implication des communautés dans le suivi de la réponse aux trois pandémies, trois modèles de surveillance ont été mise en place avec le financement du Fonds Mondial :   * L’observatoire communautaire sur les Droits Humains porté par ENDA Santé * L’observatoire communautaire sur le traitement porté par ITPC WA * Et le système d’alerte mise en œuvre par la Plateforme des réseaux et faîtières.   Les leçons apprises de ces dispositifs ont permis de mettre en exergue les constats suivants : une faible couverture des services liés à la prophylaxie Pré-exposition au niveau de la CI, (ii) une insuffisance de données relatives aux populations clés dans les registres des sites publics, (iii) des ruptures fréquentes d’intrants et de médicaments, (iv) le dysfonctionnent des équipements de laboratoires pour le test VIH et la tuberculose, (v) les retards importants dans la délivrance des résultats des tests de charge virale, (vi) une faible compréhension de l’importance du test de charge virale aussi bien par certains prestataires que par les patients eux-mêmes, (vii) la stigmatisation et la discrimination des populations clés et des PVVIH dans les soins, (viii) recrudescence des effets secondaires du traitement.  Ces différents constats ont conduit à la nécessité de renforcer la surveillance communautaire par la mise en place d’un Mécanisme de Surveillance Communautaire sur la Santé permettant l’intégration et les synergies entre les dispositifs existant dans le cadre de l’accès aux traitements, l’alerte et la protection des droits des personnes vulnérables. Mais aussi et surtout la mobilisation des communautés dans la lutte qui consiste à mobiliser les communautés, à les organiser de sorte à leurs rendre capable de mener des actions de sensibilisations pour lutter contre la stigmatisation et favoriser la rétention des PVVIH existants dans leurs communautés dans les soins. Enfin, la prise en compte du renforcement des capacités organisationnelles des ONG  Ce mécanisme de surveillance communautaire va s’appuyer sur des délégués régionaux, les para-juristes et les collecteurs issus des différents dispositifs existants. Les délégués superviseront les para-juristes et auront à assurer la coordination, la veille et la surveillance communautaire en relevant les cas de ruptures de stocks de médicaments, d’intrants et la non-application des directives de gratuité concernant l’infection à VIH, la tuberculose et le paludisme. Quant aux Para-juristes, eux seront chargés de faire l’identification, la notification et d’apporter un appui à la réponse des cas de violation des DH. Les collecteurs, mensuellement vont collecter les données quantitatives et qualitatives au sein des établissements sanitaires afin d’alimenter la base de données du mécanisme « CSO-HEALTH-TRACKER » ou elles seront analysées et vont générer des informations pouvant permettre aux partenaires de suivre ses objectifs selon la cascade de soins ainsi qu’à l’état de s’enquérir de la bonne santé de son système sanitaire.   1. **Renforcement du suivi communautaire sur les engagements en matière de lutte contre le VIH et la TB, la qualité et l'offre de services ainsi que la promotion de l’hygiène des soins, la protection et la défense des droits à la santé des populations clés et vulnérables.**   Les principales activités de cette intervention sont :   * Réaliser une étude sur l’offre et la qualité des services délivrées aux PVVIH et populations clés en Côte d’Ivoire * Organiser un atelier de 3 jours avec 30 participants issus des organisations de la société civile et des partenaires pour le renforcement de la synergie des dispositifs de suivi communautaire (observatoires, système d’alerte...) en matière de lutte contre le VIH et la TB au niveau national. * Organiser un atelier de 5 jours avec 30 participants issus des organisations de la société civile et partenaires pour la révision des engagements par rapport à chaque pandémie et la révision des indicateurs et outils de collecte des observatoires et autres dispositifs de suivi communautaire sur le vih/TB/Palu. * Organiser un atelier 3 jours avec de 50 participants pour la validation des engagements, des indicateurs et outils de collecte des observatoires et autres dispositifs de suivi communautaire de la société civile sur la santé. * Former 250observateurs de la société civile (agents collecteurs et parajuristes) pour la collecte des données quantitatives et qualitatives sur l’offre et de la qualité des services de santé, et le rapportage des atteintes et violations des droits des populations vulnérables au niveau communautaire et clinique. * Organiser une rencontre d’1 jour de 100 personnes pour la présentation de l’outil de suivi des engagements (le CSO-CI HEALTH TRACKER) * Acquérir des équipements électroniques (250 tablettes/ smartphones, 6 ordinateurs, 2 serveurs) pour la collecte, le traitement et le stockage des données * Organiser 10 sessions de formation des agents pour la collecte des données quantitatives et qualitatives sur l’offre et de la qualité des services de santé, et le rapportage des atteintes et violations des droits des PVVIH et populations clés au niveau communautaire et clinique. * Renseigner en routine, l’outil de suivi des engagements (politiques, financiers et programmatiques) pris par les acteurs nationaux en matière de lutte contre le VIH/sida * Mettre en place un mécanisme de retro information de réception des plaintes / préoccupations sur l’offre et la qualité du VIH dans chaque district sanitaire * Conduire des missions conjointes trimestrielles de supervision et de validation des données * Organiser les rencontres trimestrielles de la Task-Force du mécanisme de surveillance communautaire sur la santé * Mettre en place un dispositif de retro information de réception des plaintes / préoccupations sur l’offre et la qualité de services de santé dans chaque district sanitaire. * Renforcer les mécanismes communautaires qui contrôlent la disponibilité, et l’accessibilité aux médicaments et intrants.  1. **Mise en place d'un système d'information stratégique de la Société Civile sur le VIH et la TB au niveau national et régional**   Les principales activités de cette intervention sont :   * Mettre en place un cadre de collecte, de traitement, d’analyse et de production de l’information stratégique communautaire à partir des données issues des interventions des organisations de la société civile intervenant dans le domaine du VIH et de la TB * Organiser des séances de collecte de données auprès des organisations thématiques assurant le suivi communautaire * Assurer le traitement et l’analyse des données * Elaborer des fac-sheets trimestriels de partage des résultats du mécanisme * Organiser une journée scientifique des organisations de la société civile du domaine de santé en Côte d'Ivoire  1. **Coordination et Plaidoyer**   Les principales activités de cette intervention sont :   * Organiser des missions conjointes de supervisions trimestrielles de coaching des acteurs des OSC assurant le suivi communautaire * Organiser des rencontres trimestrielles de la Task-force du mécanisme de surveillance communautaire * Organiser 1 rencontre régionale par semestre des dispositifs du mécanisme dans chaque région sanitaire * Elaborer une charte des priorités de la société civile * Etablir une cartographie de toutes les organisations et réseaux communautaires ainsi que de l’ensemble de leurs services      1. **Renforcement de la capacité institutionnelle, planification de développement du leadership**   Le PSN 2021-2025 entend consacrer d’importants efforts pour mobiliser plus largement les OSC/OBC dans la riposte contre l’infection à VIH. Afin de permettre aux organisations identitaires émergentes de construire leur professionnalisation dans un environnement moins précaire et de garantir des prestations de qualité à travers des contrats de performances. Dans la mise en œuvre de sa stratégie de renforcement des capacités, Alliance Côte d’Ivoire se propose d’accompagner les organisations identitaires à relever les défis liés à :   * La faible connaissance des notions de gestion financière à base communautaire et la responsabilité collective * La non-identification des problèmes liés à leur autonomisation et à la pérennisation de leurs interventions * La non-application des mesures analytiques de résolution des problèmes rencontrés * La faiblesse dans la compréhension des notions de bonne gouvernance et de leadership individuel et communautaire. * La faiblesse dans la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats dans leurs interventions   Les activités proposées sont :   * Identifier les problèmes liés à l’autonomisation et à la pérennisation des interventions en direction des populations clés par le recrutement d’un (01) consultant * Organiser un atelier de restitution de l'étude sur l'identification des problèmes liés à l'autonomisation et à la pérennisation des interventions en direction des populations clés * Apporte un appui à la mise en place d’un système de mentorat d’organisations identitaires et de réseaux communautaires à travers des appuis d’organisations leaders * Organiser une session de formation en méthode de collecte de preuve à l’attention de 20 responsables d’organisation identitaire * Renforcer les capacités techniques de 20 responsables d’organisation identitaires en plaidoyer pour lever les obstacles au droits humains qui entravent l’accès au service de santé * Organiser une session de formation sur la gestion axée sur les résultats à l’attention de 20 coordonnateurs d’organisations identitaires * Organiser une session de formation sur la gestion financière des programmes et projets à l’attention de 20 responsables financiers d’organisations identitaires * Organiser une session de formation sur la bonne gouvernance et le leadership communautaire à l’attention de 20 présidents d’organisations identitaires * Organiser 01 réunion trimestrielle de coordination du réseau des organisations identitaires (HSH-TS-UD-TG) * Faciliter la participation de 08 Directeurs Exécutifs des organisations identitaires à des conférences sous-régionales et internationales. (Conférence ICASA, AFRA VIH…) pour les TS/MSM/TG/UD (2 personnes/groupe cible) * Évaluer les capacités et élaborer les plans de renforcement des capacités adaptés (capacité organisationnelle et institutionnelle, y compris gouvernance, gestion financière, planification de la durabilité, politiques internes, développement des compétences d’encadrement, gestion de programmes, suivi, évaluation et apprentissage et communication, partenariats) de 04 nouvelles organisations identitaires * Organiser un atelier de restitution d'un (1) jour de l'analyse des capacités des 04 nouvelles organisations identitaires * Accompagner 04 organisations identitaires dans la mise en œuvre de leur plan de renforcement de capacité issu de l’évaluation (10 000 euro / organisation / an) * Octroyer à 16 organisations identitaire de micro-subvention (une moyenne de 10 000 euro/an/organisation) * Organiser une session d'orientation des responsables d'organisation identitaires (Directeur exécutif et coordonnateur) aux techniques de rédaction de rapport de projet * Produire et diffuser le rapport annuel du réseau des organisations des populations clés de Cote d'Ivoire   **Cf. cartographie de la complémentarité PEPFAR et FM** *(Annexe 27)* |
| **Populations prioritaires** | Les interventions du mécanisme permettent de mettre en exergue la vulnérabilité des groupes tels que les populations clés, les personnes vivant avec le VIH. |
| **Obstacles et inégalités** | Les inégalités de genre constituent l’un des obstacles importants qui limite la capacité à consulter, en particulier pour les femmes et les filles. Des attitudes, croyances et pratiques traditionnelles limitent la possibilité pour celles-ci d’accéder aux services anti-VIH puis de rester dans le système de soins, ce qui accroît la vulnérabilité de cette population en regard de l’infection. |
| **Justification** | La Côte d’Ivoire qui est signataire de ces conventions et initiatives internationales, à l’instar des autres pays africains, a perçu la nécessité de la participation communautaire pour soutenir la mise en œuvre de l’action sanitaire. D’où le choix de promouvoir le développement de la participation communautaire dans la mise en œuvre des programmes de santé dans une perspective de développement de l’autopromotion sanitaire et sociale. En Côte d’Ivoire, les principaux déterminants contribuant à la situation socio-sanitaire se caractérisent par leur faiblesse en général. Il s’agit entre autres de : i) la faible couverture sanitaire, ii) la faible disponibilité des services dans les formations sanitaires, iii) la faible accessibilité́ géographique des formations sanitaires par les populations, iv) la faible participation des communautés à la résolution de leurs problèmes de santé  L’amélioration de la qualité des soins et des services apparait de plus en plus comme un levier incontournable du renforcement des systèmes de santé. C’est un mode de gestion transversal qui s’applique à tous les piliers du système de santé. Il permet de surmonter les défis à relever pour atteindre les objectifs fixés.  Dans le cadre du NFM3, en plus des actions déjà menées durant le NFM2 au sein des structures sanitaires publiques, le mécanisme de surveillance communautaire à travers les différents dispositifs que sont l’observatoire de la plateforme et celui de ITOCWA s’attèleront à la collecte des données liées à la qualité, hygiène et sécurité des soins offerts aux patients (VIH-TB-palu). Un accent particulier sera mis sur la pharmaco vigilance des produits de santé (vih-tb-palu). Les données feront l’objet d’analyse, des pistes de plaidoyer seront ainsi dégagées dans l’optique d’une amélioration des prestations. Les actions de plaidoyers seront portées par les réseaux membres de la plateforme.  Le droit à la santé est établi dans certains dispositifs internationaux ratifiés par la Côte d’Ivoire notamment dans la Déclaration Universelle des Droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Toutefois l'accès universel à des services de santé de qualité n'est pas encore atteint en Côte d’Ivoire comme dans la plupart des pays en développement. Cet état de fait affecte les personnes vulnérables de façon générale et les PVVIH en particulier. En effet, dans la lutte contre la pandémie du VIH, les personnes atteintes sont doublement vulnérables, du fait de la maladie et de l’environnement souvent défavorable aussi bien au niveau des services de santé que dans les communautés. On peut relever entre autres le caractère acceptable, accessible, abordable, disponible et qualitatif des services, ainsi que la satisfaction des clients. Sans toutefois occulter les cas de stigmatisation, discrimination, coercition, chantage et violences dont souffrent ces populations dans le cadre de leur prise en charge. Ainsi, étant entendu que les OSC jouent un rôle important dans les activités de redevabilité sociale, l'élévation des voix des populations affectées, ainsi que l'amélioration du suivi et de la transparence, les OSC de lutte contre contre le VIH interviendront dans le Mécanisme de surveillance Communautaire. Ce mécanisme intégrera tous les modèles de suivi communautaire (Observatoires communautaires, système d’alerte, plateformes de retro-information des OSC…etc). |
| **Résultats attendus** | La participation communautaire est renforcée dans la mise en œuvre des programmes de santé et permet la redevabilité et la durabilité de sa contribution. |
| **Investissement attendu** | **1 202 933 euros (1%)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **No de module** | **Module 9 : Système de gestion et l’information sanitaire et suivi et évaluation** |
| **Principales interventions et activités** | 1. **Rapportage des données de routine**   Les interventions suivantes seront mises en oeuvre dans le cadre du rapportage des données :   * Redynamisation du cadre organisationnel et de coordination du suivi-évaluation * Renforcement des capacités des ressources humaines en matière de suivi et évaluation * Intégration du système communautaire dans DHIS2 et l’interopérabilité des différents logiciels de gestion (données communautaires, sites de prise en charge et laboratoire), y compris pour les KPs et populations vulnérables * Disponibilisation permanente des outils (papier et électronique) de collecte des données de routine (cliniques, communautaires, privés lucratifs, de laboratoire et logistiques)  1. **La qualité des données**   Les activités ci-dessous seront développées afin d’améliorer la qualité des données :   * Validation des données par site, par DDS, par DRS et au niveau national*,* * Audit de la qualité des données à tous les niveaux de la pyramide, * Mise en place du système d’identification unique en lien avec la couverture maladie universelle  1. **Les évaluations et des enquêtes**  * Renforcement du cadre institutionnel et opérationnel de la surveillance épidémiologique du VIH/sida et IST, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; en particulier le renforcement de la surveillance du suivi des PVVIH, des populations clés, des jeunes et ados; avec analyses et revues (élaboration des SOP pour analyses de routine) de la cascade et de la cohorte ; * Réalisation des enquêtes, recherche et études sur le VIH/sida et les IST (y compris les IBBS, estimation de taille de populations, audit national de file active ; enquête sur la résistance, études de surveillance sentinelle sur la pharmacovigilance ARV) * Développement d'un partenariat entre le PNLS et les centres de recherche (Instituts, Médecine et Pharmacie) pour la recherche opérationnelle |
| **Populations prioritaires** | Les populations prioritaires sont les prestataires de santé et les gestionnaires de données |
| **Obstacles et inégalités** | La faiblesse de la coordination est un véritable obstacle au développement du système d’information sanitaire.  L’insuffisance de remplissage des outils primaires de collecte de données a un impact sur la qualité des données produites au niveau périphérique. Cette insuffisance de remplissage est la conséquence de la multiplicité des outils et des items à renseigner.  En outre, les données produites ne sont pas analysées par les différents acteurs de chaque niveau. |
| **Justification** | Malgré les efforts apportés par le Gouverment et les différents appuis des partenaires pour le renforcement du système d’information sanitaire, la revue du PSN 2016-2020 a mis en evidence les principales faiblesses suivantes :   * Discordance entre les données transmises par les PMO à PEPFAR et les données collectées par le niveau national * Insuffisance d’analyse des données produites à tous les niveaux de la pyramide * Multiplicité des outils et des indicateurs sur les sites de prise en charge * Mauvais remplissage des outils de collecte de données par les prestataires * Insuffisance d’intégration des données communautaires et des données des CHU et Instituts dans DHIS2 * Insuffisance de traçabilité des données des ONG au niveau district * Insuffisance de rétro information au niveau périphérique des données collectées * Insuffisance de ressources humaines pour le Suivi-Evaluation |
| **Résultats attendus** | La gouvernance de la réponse au VIH/sida et aux IST est renforcée à tous les niveaux pour en assurer l’accélération, l'efficience, la redevabilité et la durabilité. |
| **Investissement attendu** | **3 315 985 euros (4%)** |

1. L’un ou plusieurs des aspects de cette demande de financement font-ils appel à la modalité de **paiement en fonction des résultats** ?

Oui  Non

Si **oui**, indiquer dans le tableau ci-dessous les indicateurs de résultats correspondants et les raisons qui justifient le choix de ces indicateurs ou jalons.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateur de résultat ou jalon** | **Cible** | | | | **Justification du choix de l’indicateur/du jalon pour le financement du Fonds mondial** | |
| **Valeur de référence** | **Année 1** | **Année 2** | **Année 3** |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
| Ajouter des lignes si nécessaire |  |  |  |  |  | |
| **Montant total demandé au Fonds mondial** | | | | | |  |

Préciser comment l’exactitude et la fiabilité des résultats communiqués seront garanties.

|  |
| --- |
| *Sans objet* |

1. **Possibilités d’intégration –** Expliquer en quoi les investissements proposés tiennent compte :

* des besoins des programmes de lutte contre les trois maladies et des autres programmes de santé connexes ;
* des liens avec les systèmes de santé généraux pour améliorer les résultats de la lutte contre les maladies, et l’efficience et la pérennité des programmes.

|  |
| --- |
| Le processus d’élaboration de la demande de financement a été supervisé par la DGS afin d’assurer l’harmonisation des interventions priorisées dans la lutte contre le sida avec les autres programmes et directions (centrales et déconcentrées) du MSHP, des autres ministères et de la société civile.  **Collaboration avec les Programmes de Santé :**   * **Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)** : La collaboration entre le PNLS et le PNLT va se poursuivre et être renforcée à travers la présente demande avec le passage à échelle du traitement préventif à l’isoniazide. Le cadre collaboratif PNLS/PNLT (GTT) sera renforcé pour appuyer la coordination, le renforcement des capacités, l’actualisation des documents normatifs, etc. * **Programme National de Lutte contre le Tabagisme et les Addictions (PNLTA)** : La collaboration entre le PNLS et le PNLTA sera renforcée pour faciliter la formation des acteurs sur la prise en charge des addictions, notamment le TSO, ainsi que pour le développement du référentiel national sur la RdR. La collaboration active entre ces 2 programmes permettra d’appuyer les centres de prise en charge de l’addiction. * **Programme National de Lutte contre les Cancers (PNLCa)** : Le PNLS va collaborer avec le PNLCa pour le diagnostic et la prise en charge du cancer du col du l’utérus chez les femmes vivant avec le VIH. L’offre de services mise en place dans les centres de santé profitera également aux autres femmes dans le besoin. * **Programme National de Lutte contre les Hépatites Virales (PNLHV)** : Le PNLS va continuer à collaborer avec le PNLHV pour la prise en charge des comorbidités VIH/Hépatites virales, en termes de ressources matérielles, produits médicaux et formation des prestataires, à travers l’intégration de la prise en charge des hépatites dans les centres de prise en charge VIH * **Programme National Santé de la Mère et de l’Enfant (PNSME)** : Pour la PTME, la collaboration entre PNLS et PNSME a permis d’intégrer l’offre des services VIH, l’offre des services de planification familiale (PF), l’utilisation de la CPN et de la CPoN. Cette collaboration s’étend également aux interventions de prévention et prise en charge des VBG. * **Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT)** : Le partenariat travaille à une meilleure implication des acteurs de la médecine traditionnelle dans l’utilisation des services de dépistage VIH, de la réduction des perdus de vue et du retour dans les soins, de l’offre des soins et soutien aux PVVIH. * **Programme National de Lutte contre les Maladies Mentales (PNLMM)**: La prise en compte des problèmes de santé mentale des PVVIH, des KPs et des prestataires de soins (burn-out) nécessite une collaboration étroite entre PNLS et PNLMM, notamment en matière de formation/orientation des prestataires. * **Programme National de Prévention des Maladies Métaboliques (PNPMM)** : Le diabète, le surpoids et l’hypertension artérielle sont des comorbidités fréquentes chez les PVVIH. Pour réduire ce risque, des activités conjointes doivent porter sur le renforcement des capacités des prestataires de soins impliqués dans la prise en charge des PVVIH, la référence active des cas vers les personnes ressources spécialisées ou des unités spécifiques multimaladies dans les grands centres. * **Programme National de Santé Scolaire et Universaire - Santé Adolecent et Jeunes** : dans les centres de santé relevant de ce programme seront rendus conviviaux pour la prise en charge des adolescents et jeunes vivant avec le VIH, et la mise en œuvre de l’ECS.   **Activités conjointes avec d’autres ministères :**   * Avec la **Direction de l’administration Pénitentiaire** (DAP) / Ministère de la Justice, le PNLS va poursuivre les interventions de prévention de dépistage et de prise en charge des IST et du VIH en milieu carcéral dans les 34 Maisons d’arrêt de Correction (MAC) * **Direction Protection Judiciaire de l’Enfant et du Jeune (DPJEJ)** : Chargée des questions en lien avec le VIH et les DH au Ministère de la Justice et des Droits de l’Homme, cette direction collabore avec le PNLS (GTT, documents normatifs, Plan Quinquenal DH) * Avec le **Programme National de prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables** (PNOEV) / Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l’Enfant (MSFFE), la collaboration permettra de former les acteurs sociaux, de renforcer les capacités des centres sociaux et de coordonner/suivre les interventions * L’**Institut Pasteur Côte d’Ivoire** (IPCI) / Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS) est le laboratoire de référence nationale pour la surveillance des IST en appui au PNLS * Avec le **Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales et Scolaire** (DMOSS) / Ministère de l’Education Nationale et de l’Enseignement Technique (MENET), le PNLS va renforcer les interventions de prévention des IST et du sida en faveur des adolescents et jeunes en milieu scolaire (ECS)   En ce qui concerne les liens qui contribuent au renforcement du système de santé, le PNLS a noué des partenariat avec l’ensemble des autres acteurs suivants :   * **Liens avec les autres entités publiques du système de santé** (DGS, DIIS, DSC, DAPL, AIRP, DIEM, DSIM, NPSP-CI, LNSP, etc.) : Les activités transversales avec ces entités du MSHP permettent de renforcer la coordination et le suivi des interventions, le renforcement de la qualité des services, le renforcement des plateaux techniques, la maintenance des équipements et infrastructures, le renforcement de la chaine d’approvisionnement en produits médicaux et les capacités de stockage, la régulation et la règlementation des produits médicaux, la pharmacogivilance / renforcement du système de notification, etc. Les activités mises en œuvre sous ces collaborations permettront d’améliorer les résultats de la lutte contre les IST et le sida, l’efficience et la pérennité à travers un renforcement du système de santé. * **Acteurs de la société civile** : Le PNLS collabore activement avec l’ensemble des organisations faitières de la société civile engagées dans la réponse au VIH (ou dans la santé en général), telles que la plateforme des réseaux et faitières des OSC engagées dans les 3 maladies, le réseau des PVVIH (RIP+), le réseau des KPs (ROPC-CI), ENDA Santé, ITPC, etc. * **Secteur privé** : Le PNLS collabore avec la Confédération Générale des Entreprises de Côte d’Ivoire (CGECI) à travers la Coalition des Entreprises de Côte d’Ivoire pour la lutte contre les pandémies (CECI) et l’association des Cliniques Privées de Côte d’Ivoire (ACPCI) en vue de renforcer les interventions de lutte contre le sida et les IST dans les entreprises à travers leurs structures de santé et dans les cliniques privées. Avec l’ACPCI, il va s’agir de poursuivre les interventions mises en place avec l’appui du PEPFAR et de les étendre dans des cliniques additionnelles. * **Institution d’enseignement et de recherche**: Le PNLS collabore avec différentes institutions d’enseignement et de recherche, notamment pour le développement de projets de recherche opérationnels et/ou d’interventions de renforcement de capacités (formations continues) : Institut Pasteur de Côte d’Ivoire, Institut National de Santé Publique, Institut National d’Hygiène Publique, Programme PACCI (Programme de Recherche sur le VIH, la Tuberculose et les Hépatites / ANRS), INFAS, UFR Sciences Médicales et UFR Sciences Pharmaceutiques. |

1. Expliquer succinctement en quoi la demande de financement est conforme aux **exigences de centrage de la candidature** énoncées dans la lettre d’allocation.

|  |
| --- |
| La demande de financement est conforme aux **exigences de centrage de la candidature** énoncées dans la lettre d’allocation, car plus de 50% du financement au titre de la somme allouée (après déduction des produits de santé) est dédié à des interventions spécifiques à destination des populations clés et vulnérables ou à des interventions ayant un impact direct sur le contexte épidémiologique de la réponse ai VIH en Côte d’Ivoire :   * Interventions de prévention et prise en charge, soins et soutien des KPs, clients des TS, adolescents et jeunes (incluant l’ECS) * Interventions visant à réduire les obstacles, inégalités et vulnérabilités liés au genre et aux droits humains qui entravent l’accès aux services (incluant les fonds catalytiques) * Les investissements en termes de préservatifs et lubrifiants * Les interventions de soins différenciés pour les PVVIH   On rappelle que l’exercice de priorisation qui a conduit à l’identification des modules et interventions prioritaires composant cette demande de financement est directement issu de la priorisation du PSN. Ce dernier étant fondé sur la modélisation de la réponse à l’épidémie selon l’outil GOALS, laquelle a permis d’identifier les interventions à impact élevé sur la réduction des nouvelles infections et des décès liés au VIH. |

1. Expliquer en quoi la demande de financement présente un bon **rapport coût/efficacité (en anglais « value for money »)**, en incluant des exemples de l’amélioration de la rentabilité par rapport à la période d’allocation actuelle. Pour répondre, se reporter aux *Instructions* relatives à la définition des dimensions du rapport coût/efficacité qui doivent être prises en compte.

|  |
| --- |
| Le modèle GOALS, outil de modélisation développé par Avenir Health et ses partenaires, a été utilisé pour quantifier les résultats d’impacts de mise en œuvre des interventions du VIH/SIDA en analysant et budgétisant les activités individuelles et les interventions du plan stratégique.  Nous avons aussi analysé les effets attendus des activités et des interventions sur la couverture en estimant les impacts sur la morbidité et la mortalité. Compte tenu de la diversité des activités qui seront menées à travers la mise en œuvre du plan stratégique, une corrélation cout-efficacité a été établie entre les interventions VIH/SIDA et les activités de mise en œuvre.  Le Logiciel OneHealth a été utilisé à cet effet. OneHealth a permis de combiner Goal modèle pour les résultats d’impact, le modèle de budgétisation et de planification. Le Logiciel OneHealth a aussi servi à interpoler les couvertures attendues dans la mise en œuvre des différentes interventions. Lorsque les coûts n’étaient pas en cohérence avec les budgets, les objectifs de couverture ont été corrigés pour assurer un alignement. Les relations coûts efficacités ont été établies à travers la mise en œuvre des interventions à hauts impacts tels que les interventions orientées vers les populations clé, le dépistage des personnes à risque et mise systématiques des personnes testées positives sous traitement ARV. |

## Fonds de contrepartie (le cas échéant)

Seuls les candidats dont la lettre d’allocation indique que des fonds de contrepartie leur ont été assignés sont tenus de répondre à cette question.

Décrire en quoi les **conditions programmatiques et financières** énoncées dans la lettre d’allocation ont été remplies.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Les résultats de l’évaluation de référence sur les droits humains réalisés en 2017 a permis en septembre 2019 de conduire une consultation multisectorielle nationale sur les droits humains qui a abouti à l’élaboration d’un Plan Quinquennal Droits Humains VIH et Tuberculose de la Côte d’Ivoire 2021-2025 *(Annexe 35)*.  Ce plan quinquennal sert de stratégie de mise en œuvre pour lever les barrières qui entravent l’accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH au niveau des populations clés et vulnérables. Les activités suivantes relatives aux Droits Humains du PSN VIH 2021-2025 en découlent directement : (i) réduire de 75% la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH et les populations clés dans les établissements de santé ; (ii) Contribuer à améliorer l’environnement par l’implication des législateurs, les leaders d'opinion et les professionnels du parcours de justice; (iii) Fournir un soutien juridique et judiciaire dans le cadre du respect des droits humain à l’ensemble des populations clés ; (iv) intégrer l’équiter et le genre dans l’ensemble des programmes ; (v) fournir l’assistance juridique et judiciaire aux populations clés.  Un dispositif national de coordination par les parties prenantes veille au suivi stratégique à travers un observatoire national des droits humains mis en place en 2018. Dans le cadre du NMF3, celui-ci sera modifié pour intégrer deux composantes :   * Le volet Droits Humains (DH) pour les questions des violences et autres atteintes aux DH en direction des Personnes Vivants avec le VIH (PVVIH), des populations clés ; * Le volet Veille et surveillance Communautaire pour l’accès au traitement, en termes de suivi des engagements de l’Etat, de contrôle citoyen de l’action publique, de redevabilité, de la fonctionnalité des appareils et la gratuité des médicaments.   Les interventions qui seront mises en oeuvre ont pour ambition non seulement de réduire de façon significative le niveau de stigmatisation et de discrimination vécu par les PVVIH et les populations clés, mais aussi de lever les obstacles qui entravent l’accès aux services de prévention et de prise en charge.  Le budget global relatif aux interventions de “**Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l’accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose »** figurant dans les demandes de financement VIH et TB pour le NFM3 s’élève à 5 105 495 euros (dont 4 855 495 euros pour la requête VIH et 250 000 euros pour la requête TB).  La répartition par intervention est la suivante:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Interventions droits humains** | **Allocation (€)** | **Matching Funds (€)** | **TB (€)** | **Global (€)** | | Amélioration des lois, des règlements et des politiques liés au VIH et à la co-infection VIH/tuberculose | 686 | 103 075 |  | 103 761 | | Droits humains et éthique médicale liée au VIH et à la co-infection VIH/tuberculose pour les prestataires de soins de santé | 69 192 | 30 986 |  | 100 178 | | Éducation juridique (« Connaissez vos droits ») | 39 328 | 263 437 |  | 302 765 | | Mobilisation et sensibilisation des communautés | 949 599 | 271 535 |  | 1 221 133 | | Réduction de la discrimination fondée sur le genre, des normes de genre nocives et de la violence contre les femmes et les filles dans toute leur diversité, en lien avec le VIH | 377 556 | 333 863 | 250 000 | 961 420 | | Réduction du rejet social et de la discrimination | 1 326 984 | 11 225 |  | 1 338 209 | | Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l’ordre | 43 629 | 47 503 |  | 91 132 | | Services juridiques liés au VIH et à la co-infection VIH/tuberculose | 53 890 | 933 006 |  | 986 896 | | **Budget global** | **2 860 865** | **1 994 630** | **250 000** | **5 105 495** |   La somme totale investie dans le module équivalent du NFM2 est d’environ € 2,037,534. L’augmentation globale de l’allocation entre le NFM2 et le NFM3 est de 16%. L’investissement minimal requis pour le module est ainsi de € 2,363,540.  La Côte d'Ivoire répond ainsi aux conditions d’éligibilité pour la somme de **€ 1,994,630** sous la forme de fonds catalytiques supplémentaires au-delà du montant alloué pour le domaine prioritaire des droits de l'homme, annoncée dans la lettre d’allocation du Fonds Mondial datée du 16 décembre 2019. |

# Section 3 : Modalités d’application et de mise en œuvre

Pour répondre aux questions ci-dessous, se reporter aux *Instructions* et à une **cartographie actualisée des modalités de mise en œuvre**[[3]](#footnote-4).

1. Décrire la façon dont les **modalités de mise en œuvre** proposées garantiront l’exécution efficace du programme.

|  |
| --- |
| La mise en œuvre de cette subvention sera assurée par deux Récipendaires Principaux (PR) : le PR du secteur public (PNLS) et le PR de la société civile ou PR communautaire (Alliance Côte d’Ivoire). Le cadre de collaboration existant entre les deux PRs prévoit à tous les niveaux la tenue de réunions pour assurer la coordination des interventions et le suivi du programme.  De plus, un cadre de collaboration sera signé entre Alliance Côte d’Ivoire et la Direction de la Santé Communautaire (DSC/MSHP) pour assurer l’alignement de ses interventions avec la Stratégie Nationale de la Santé Communautaire. Les PRs s’assureront de la bonne synergie des interventions avec le PEPFAR et ses organisations contractantes.  Le CCM assurera son rôle régalien de coordination et de suivi stratégique des subventions à travers les Assemblés Générales, la revue trimestrielle des Dashboards, la supervision des PR en s’appuyant sur les insuffisances et recommandations contenues dans les lettres de gestion, les visites des structures des SR et la revue des PUDR (*Progress Update and Disbursement Request)* avec le LFA (Agent Local du Fonds mondial).  L’UCP-FM assurera le suivi programmatique et le suivi de la gestion financière des subventions en lien avec le CCM et le PR public. Elle tiendra, à travers le comité de pilotage, des réunions hebdomadaires et mensuelles selon les diligences dans le cadre de la gestion du suivi et la mise en œuvre des activités. Par ailleurs, elle assurera la préparation et la diffusion des rapports programmatiques et financiers pour les évaluations et les audits internes et externes des comptes.  **Programme National de Lutte contre le Sida**  Conformément à sa mission de structure technique du MSHP, le PNLS en tant que Récipendaire Principal (PR) du secteur public devra œuvrer à ce que tous les besoins de la réponse VIH exprimés dans le PSN 2021-2025 soient couverts, en s’assurant de la complémentarité des financements.  Le PNLS passera contrat avec des organisations prestataires de services pour la mise en œuvre d’interventions spécifiques en cas de besoin.  Le PSN 2021-2025 dans sa mise en œuvre doit prendre en compte des éléments clés, notamment : (i) l’identification des populations prioritaires ; (ii) l’identification de domaines prioritaires d’intervention ; et (iii) l’application de critères de priorisation géographique prenant en compte les populations et les domaines programmatiques.  Ainsi les interventions seront-elles axées sur les populations prioritaires (populations clés, populations vulnérables, les femmes enceintes, les adolescents et jeunes) et les zones géographiques suivantes : (i) 67 districts sanitaires pour la prévention ; (ii) 47 districts pour la PTME ; (iii) 28 districts pour le dépistage ; (iv) 36 districts pour le traitement ARV, les soins et soutien ; (v) l’échelle nationale pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination en lien avec le VIH (avec intensification sur les 6 DS ayant le plus fort taux de stigma et discrimination) ; (vi) l’échelle nationale pour le renforcement de la gouvernance de la réponse.  Pour l’appui direct aux DS non soutenus par le PEPFAR, les interventions viseront prioritairement l’ensemble des 36 districts (04 du Sud Comoé et 32 autres DS issus du découpage des 23 districts non soutenus depuis 2018).  Du fait des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des interventions dans les 4 districts du Sud Comoé, le PNLS va réviser son modèle d’assistance d’appui en mettant en place des équipes techniques d’appui aux DS non soutenus par le PEPFAR.  Il s’agit de : (i) Renforcer l’intégration des interventions VIH et de lutte conjointe TB/VIH en assurant la mise en œuvre effective des stratégies innovantes (soins différenciés, index testing, ETP) au niveau des structures de PEC VIH des 4 DS du Sud Comoé et des 32 DS non soutenus par PEPFAR ; (ii) Assurer une appropriation des activités VIH par les DS soutenus à travers une collaboration étroite et continue ; (iii) Faciliter la planification et la mise en œuvre des activités à travers une équipe locale dédiée ; (iv) Améliorer l’impact des interventions mises en œuvre dans le cadre de la NFM3 avec une équipe d’experts ayant une obligation de résultats.  Pour permettre la mise en oeuvre de cette subvention, le PNLS recrutera une équipe additionnelle composée de :   * 1 coordonnateur technique national, qui fera office de directeur du projet d’assistance aux districts accompagnés par le PR public * 4 équipes régionales de 2 assistants de programme + 1 chauffeur, positionnées dans les DR des régions Sud Comoé (Aboisso), Tonkpi (Duékoué), Gboklé (Soubré) et Loh-Djiboua (Divo), qui apporteront une assistance technique aux sites à forte files actives dans l’ensemble des DS prioritaires soutenus par le FM * 1 comptable additionnel   Les équipes régionales assureront l’appui technique et le suivi rapproché de la mise en oeuvre des activités VIH et TB/VIH dans les DS (en particulier les plus grands sites), sous la responsabilité des DR.  Par rapport au NFM2 (incluant la reprogrammation), l’ensemble des ressources humaines du PNLS sera augmenté de 14 personnes.  En cours de recrutement dans le cadre de la reprogrammation du NFM2, les 3 conseillers techniques (prévention, soins et soutien, médicament-laboratoire) et le chargé de programme milieu carcéral qui seront positionnés au PNLS, ainsi que les 23 Gestionnaires de Données qui seront positionnés dans les sites de prise en charge à fortes files actives des DS soutenus par le FM, sont reconduits dans la nouvelle subvention.  **Alliance Côte d’Ivoire**  Le PR communautaire contractualisera avec différents sous-récipiendaires (SRs). Il décaissera des fonds aux SRs pour l’opérationnalisation des activités et assurera la coordination et le suivi de la mise en œuvre, conformément au mémorandum d’entente élaboré entre PR et SR, incluant des réunions trimestrielles de coordination.  Au cours de la mise en œuvre de la subvention NFM 2 communautaire, des contraintes ont été identifiées notamment : (i) la lenteur dans la remontée des informations ; (ii) l’insuffisance de production des justificatifs de dépenses ; (iii) le non-alignement avec la stratégie nationale de la direction de la santé communautaire ; et (iv) la faible prise en compte de la co-infection TB/VIH.  Alliance Côte d’Ivoire actionnera un nouveau schéma de mise en œuvre répondant à ces défis, qui permettra de : (i) Renforcer l’intégration des interventions TB/VIH aussi bien sur les sites de prise en charge du VIH que de la TB, car Alliance Côte d’Ivoire assure également la mise en œuvre de la subvention communautaire TB ; (ii) renforcer le ciblage des populations clés à travers une approche différenciée ; (iii) réduire les risques de rupture de fonds à tous les niveaux ; (iv) améliorer l’impact des interventions communautaires.  Alliance Côte d’Ivoire s’assurera de la participation des bénéficiaires par leur implication dans le système d’alerte et de plaidoyer sur la disponibilité des services et la rupture des produits de santé de la Plateforme des réseaux et faitières de lutte contre le sida et les autres pandémies.  Par ailleurs, Alliance Côte d’Ivoire rendra régulièrement compte de ses activités au CCM, dans lequel siègent des représentants des personnes atteintes ainsi que des populations-clés bénéficiaires. A ce titre, il assurera ses obligations de redevabilité vis-à-vis des bénéficiaires sur les interventions mises en œuvre.  Alliance Côte d’Ivoire portera une attention spécifique à l’inclusion de personnes issues des bénéficiaires dans ses équipes d’intervention, notamment les jeunes filles et femmes, les PVVIH, les populations clés et vulnérables. Notamment pour s’assurer que ceux-ci contribuent efficacement à la mobilisation des populations ciblées.  L’augmentation budgétaire des primes des acteurs de la NMF3 par rapport à la NMF2 principalement par l’augmentation du nombre de district et d’acteurs de terrain qui à peu près à double entre le budget de la NMF2 (budget initial) et celui de la NMF3 en cours de soumission  Au niveau décentralisé, Alliance Côte d’Ivoire veillera à la participation active des acteurs communautaires locaux aux reunions hebdomadaires des sites de prise en charge et mensuelles des DS pour rendre compte des interventions communautaires et s’assurer de la qualité du continuum des soins.  **Coordination des PR**  La coordination entre les deux PR sera poursuivie et renforcée, sur la base de la collaboration étroite déjà existante. Une attention particulière sera portée à la participation active et régulière du PR communautaire à tous les groupes techniques de travail mis en place par le PNLS.  Les activités de supervision seront systématiquement organisées de façon intégrée par les 2 PRs quand les interventions mobiliseront leurs concours communs.  Les activités de suivi et évaluation de la mise en œuvre du Plan Opérationnel du PSN, de revue de la mise oeuvre du PSN et revues thématiques (Indice de Stigmatisation, Plan Quinquenal DH VIH/TB, Bilan annuel des interventions à l’endroit des KPs, etc.) associeront systémétiquement les 2 PRs. |

1. Décrire le rôle que les **organisations communautaires** joueront en vertu des modalités de mise en œuvre.

|  |
| --- |
| Dans le souci d’impulser, d’organiser et de coordonner la Santé Communautaire de façon plus intégrée et efficace, la DSC/MSHP a élaboré un Plan Stratégique National de la Santé Communautaire (PSNSC) couvrant la période 2017-2021 *(Annexe 36)*. Ce document est un outil de régulation et d’orientation des initiatives communautaires. Les interventions communautaires d’Alliance Côte d’Ivoire s’aligneront sur la stratégie nationale de santé communautaire.  Pour la mise en œuvre des interventions, Alliance Côte d’Ivoire contractualisera avec 06 SR et 02 prestataires :   * 04 SR pour les populations vulnérables, dont 01 représenté par le sous bureau d’Alliance Côte d’Ivoire de Daloa ; * 01 SR Droit Humain, pour toutes les questions liées aux violations des DH ; * 01 SR pour les TS, HSH et TG ; * 01 prestataire pour les UD/UDI ; * 01 prestataire de service en milieu rural.   Les SR et les prestataires de services s’appuieront sur les sous-sous recipiendaires (sSR), qui assureront l’opérationnalisation des activités TB/VIH selon un paquet minimum de service validé avec la DSC pour les trois types d’acteurs communautaires : les ASC-CC, les ASC-PE et les ADR.  Les ASC-CC feront le suivi des PVVIH et des couples mère-enfant. Ils interviendront dans la communauté et dans les centres de prise en charge en leur apportant des services pour leur rétention dans les soins. Ils contribueront au dépistage en mettant en œuvre l’index-testing. Ils assureront la distribution communautaire des ARV. Les ASC-CC coordonneront les activités des ASC-PE et assureront leur supervision. Dans le cadre des interventions, les ASC-CC intervenant dans le domaine de la lutte contre le VIH bénéficieront d’une formation pour la recherche de la tuberculose parmi les PVVIH. Ils assureront la référence des cas présumés vers les CAT/CDT pour le diagnostic et éventuellement la PEC. Ils travailleront en étroite collaboration avec les ASC Coachs-TB dans le cadre du suivi communautaire des patients coinfectés VIH/TB.  Cette approche intégrée VIH/TB au paquet minimum de la DSC contribuera à réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les PVVIH et à débuter précocement le TARV.  Les ADR interviendront en milieu rural avec une attention particulière pour le VIH et la Tuberculose.  Selon les spécificités des cibles, les ASC-PE mèneront des activités de prévention combinée pour l’accès et l’utilisation des services en vue de réduire les nouvelles infections. Leurs activités de sensibilisation seront couplées au dépistage selon une approche multi-maladie. Ils veilleront à la référence active des personnes dépistés positives pour le lien au traitement.  Les interventions DH seront adressées au niveau opérationnel par deux types d’acteurs : les délégués régionaux et les parajuristes :   * Les Parajuristes seront chargés de faire l’identification, la notification des cas de violation des DH et d’apporter un appui à la prise en charge des cas ; * Les délégués régionaux superviseront les parajuristes et auront pour rôle d’assurer la coordination, la veille et la surveillance communautaire dans la région sanitaire.   Outre ces actions au niveau opérationnel, le SR pour les DH mènera au niveau central des actions de coordination, de plaidoyer pour les réformes juridiques, de promotion des textes de loi spécifique, d’investigations plus poussées, de sensibilisation et de suivi des interventions.  Entre le NFM2 et le NMF3, la couverture des services va passer de 29 à 50 DS pour les populations clés et vulnérables, ce qui nécessite une augmentation du nombre de personnels communautaires mobilisés sur le terrain (sSR, SR, ASC, ADR) et se traduit logiquement par une augmentation du budget relatif à la prise en charge de ces différents personnels. |

1. La présente demande de financement envisage-t-elle le recours à une **plateforme d’investissement conjoint** avec d’autres institutions ?

Oui  Non

Si **oui**, en décrire les modalités particulières.

|  |
| --- |
| Sans objet |

1. Décrire les **principaux risques anticipés de la mise en œuvre** qui sont susceptibles de nuire : **i)** à la réalisation des objectifs du programme soutenu par le Fonds mondial ; et/ou **ii)** à l’ensemble du système de santé. Décrire ensuite les mesures d’atténuation visant à contrer ces risques et préciser quelle entité en serait chargée.

Par ordre de priorité décroissante les principaux risques sont :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Principaux risques liés à la mise en œuvre** | **Mesures d’atténuation correspondantes** | **Entité responsable** |
| **Qualité des programmes**: non respect des directives par les prestataires | Renforcement de capacité, réunions de coordination, supervision (y compris DQA) et coaching, sont prévus pour atténuer ce risque vis-à-vis des prestataires | PNLS, DRS, DS  Alliance Côte d’Ivoire  CCM |
| **Suivi et évaluation** :nondisponibilité de données de qualité (absence de complétude, de promptitude ou d’exactitude) | * Recrutement de gestionnaires de données (à travers le RSSH), validation de données sur site * Renforcement des capacités des acteurs sur les logiciels DIHS2, SIGDEP2, e-SIGL et intégration effective des données communautaires dans DHIS2 * Supervision, coordination (DGS, PNLS, DRS et PMO), renforcement des capacités des acteurs et audit de la qualité des données * Rétroinformation des différents acteurs | PNLS  ALLIANCE  Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (MSHP) |
| **Chaîne d’approvisionnement nationale** : difficultés en matière d’achats, ruptures de médicaments et intrants dues au retard de mise en place de la notification du budget de l’Etat. | * Optimisation et sécurisation des financements de l’Etat pour l’achat des produits de santé * Renforcements des capacités en quantification et achat de produits de santé * Renforcement des capacités de la CAAPS et déconcentration de la NPSP * Amélioration des conditions de stockage des pharmacies des clients directs de la NPSP | MSHP  PNLS  NPSP  CNCAM |
| **Risques liés aux droits humains et au genre :** stigmatisation et discrimination des bénéficiaires, existence de barrières légales d’accès aux soins | * Extension des observatoires communautaires des droits liés à la santé * Renforcement des capacités des prestataires et accroissement de la sensibilisation de l’ensemble des acteurs de la réponse sur les droits des PVVIH et KPs | Alliance Côte d’Ivoire  Enda Santé, Plateforme des Réseaux et Faitières  PNLS |
| **Autre risque émergent :** Epidémie de COVID-19 | * Garantir la continuité des services fournis aux PVVIH, KPs et autres populations cibles (dispensations multimois, distribution communautaire, etc.) * Mise en œuvre du Plan national de riposte au COVID19 (Ministère de la santé, PNLS, PNLT) * Sécurisation des sites de prestation de services (formations sanitaires et sites communautaires) : mesures barrières, gel hydro-alcoolique, masques, EPI, etc. * Promotion des activités en dématérialisé (réunions par télé/visioconférences) | Primature  MSHP  PNLS  Alliance Côte d’Ivoire  CCM |
| **Comptabilité et rapports financiers :**   * Rupture des fonds * Faible exécution financière de la subvention * Insuffisance des capacités en gestion financière des PR/SR et de gestion de l’information sur le financement * Faible justification des avances de fonds reçus, et des contrôles à priori et à postériori des dépenses. | * Existence de l’UCP-FM pour garantir un haut niveau de redevabilité et de responsabilité concernant les subventions accordée par le Fonds mondial * Appui et assistance technique à la gestion financière des PR et des SR ; élaboration et mise en œuvre de plans de gestion des risques financiers par les PR et les SR * Monitorage de la gestion financière et des risques financiers du SR et PR, y compris les flux de trésorerie (supervision rapprochée des SR) * Le Ministère de la Santé doit veiller au décaissement effectif du budget annuel promis par l’Etat pour les médicaments et intrants afin que les objectifs et la mise en œuvre des politiques/stratégies soient efficaces pour l’atteinte des objectifs | Ministère PNLS  PNLT  Alliance  CCM |

# Section 4 : Cofinancement, pérennité et transition

Pour répondre aux questions ci-dessous, se référer aux *Instructions*, à la section de la **lettre d’allocation** relative au financement national, à la[Note d’orientation sur la pérennité, la transition et le cofinancement](https://www.theglobalfund.org/fr/funding-model/applying/resources/), **au(x) tableau(x) du paysage de financement, au(x) tableau(x) de lacunes programmatiques, au plan de pérennité ou au plan de travail de transition,** si disponibles[[4]](#footnote-5).

## Cofinancement

1. Les **engagements de cofinancement** pour la période d’allocation **actuelle** ont-ils été honorés ?

Oui  Non

Si **oui**, joindre des pièces justificatives démontrant dans quelle mesure les engagements de cofinancement ont été honorés.

Si **non**, expliquer pourquoi et décrire les conséquences de cette situation sur le programme.

|  |
| --- |
| Les engagements ont été globalement respectés :   * Les engagements de 2018 (3 506 327 Euro) ont été partiellement respectés (1 143 367,62 Euro) et le reliquat (2 362 959,767 Euro) a été échelonné sur 2019 et 2020. * Pour 2019 le montant prévu (3 720 938 Euro) et une partie du reliquat de 2018 (914 694 euro) destinée à être payé en 2019 ont été effectivement payés. * Pour 2020, le montant prévu de 3 935 187 Euro a été payé ; il reste le reliquat de 2018 (1 448 266 Euro) à solder d’ici la fin 2020.   Les documents attestant l’engagement de l’Etat ivoirien sont fournies en annexe. |

1. Les **engagements de cofinancement** pour la **prochaine** période d’allocation répondent-ils aux exigences minimales pour bénéficier pleinement de l’incitation au cofinancement ?

Oui  Non

Si des informations sur les engagements sont disponibles, joindre des pièces justificatives démontrant la mesure des engagements de cofinancement contractés.

Si les engagements de cofinancement ne répondent pas aux exigences minimales, expliquer pourquoi.

|  |
| --- |
| Pour ce nouveau cycle 2021-2023, il est exigé de la Côte d’Ivoire un cofinancement à hauteur de 20% du montant de l’allocation du Fonds Mondial, soit 16 899 668 Euro.  Une communication en Conseil des Ministres viendra acter cet engagement. |

1. Résumer les **axes programmatiques** qui bénéficieront d’un cofinancement national pendant la prochaine période d’allocation. En particulier :
   * 1. Le financement des principaux coûts programmatiques des plans nationaux de lutte contre les différentes maladies ou des systèmes de santé ;
     2. La prise en charge prévue des interventions actuellement financées par le Fonds mondial.

|  |
| --- |
| Les principaux axes programmatiques du PSN 2021-2025 VIH/sida ou des systèmes de santé à financer sont :   * Prévention * Soins et traitement * Gouvernance   La prise en charge prévue des interventions actuellement financées par le Fonds mondial.   * Prévention * Soins et Traitement * Gouvernance |

1. Préciser ci-dessous les moyens qui permettront d’assurer **le suivi et la communication des rapports** relatifs aux engagements de cofinancement. Si les systèmes de gestion des finances publiques ou les mécanismes de suivi des dépenses doivent être renforcés ou institutionnalisés, indiquer comment la présente demande de financement répondra à ces besoins.

|  |
| --- |
| Le pays se propose de rapporter au Fonds Mondial les dépenses d’investissement et de fonctionnement réalisées dans le cadre du financement de la réponse nationale à la lutte contre le VIH/sida lors de la production du PU/PUDR.  Ce rapportage financier contribuera à renforcer les relations de partenariat entre la Côte-d’Ivoire et le Fonds Mondial.  Le rapport financier déclinera les dépenses réalisées par la Partie nationale sur la période de rapportage pour montrer l’investissement de l’Etat dans le financement de la lutte contre le VIH/SIDA. Un canevas de rapportage sera proposé, validé et diffusé. |

## Pérennité et transition

1. À partir de l’analyse figurant dans **le(s) tableau(x) du paysage de financement**, décrire les besoins de financement et le financement anticipé, en soulignant les déficits touchant les principaux axes programmatiques pour la prochaine période d’allocation.

De même, décrire la façon dont les autorités nationales i) s’attacheront à obtenir des financements supplémentaires ou de nouvelles sources de financement, et/ou ii) continueront à maximiser l’efficacité pour assurer un soutien suffisant aux interventions clés, en particulier à celles actuellement financées par le Fonds mondial.

|  |
| --- |
| Le tableau du paysage de financement décrit les besoins de financement et le financement anticipé, en soulignant les déficits touchant les principaux axes programmatiques pour la prochaine période d’allocation pour la période allant de janvier 2021 à décembre 2023.  L’estimation des besoins de financement pour la lutte contre le VIH en Côte d’Ivoire au cours de cette période s’établit à **690.903.010 €** (dont 240.232.380 € en 2021, 221.483.720 € en 2022 et 229.186.910 € en 2023). Le déficit global de financement sur cette période est de **216.907.897 €** (dont 76.362.081 € en 2021, 66.682.258 € en 2022 et 73.863.559 € pour 2023), soit 31,4% des besoins.  Ce dernier varie de 28% (coûts indirects et généraux) à 100% (coûts de gestion des achats et des stocks) selon les domaines prioritaires du PSN 2021-2025.  Les catégories de coûts du PSN pour lesquelles l’Etat apporte un effort de financement couvrant les besoins sont les « ressources humaines en santé », les « infrastructures » et les « coûts indirects et frais généraux » du programme VIH. L’Etat s’investit également de façon significative pour le financement des « Produits de santé - Produits pharmaceutiques », des « Produits de santé – Équipements » et de « l’Aide à la subsistance des clients/populations cibles ». Le financement domestique estimé à 47,9 millions d’euros en 2020 devrait s’accroitre pour atteindre 54 millions d’euros en 2021, 54,5 millions d’euros en 2022 et 55 millions d’euros en 2023.  En dehors de sa contribution au programme VIH (y compris son engagement de cofinancement du NFM), le Gouvernement ivoirien a obtenu des engagements de ses partenaires pour le maintien de leur contribution :   * PEPFAR contribue par le COP-20 à la lutte contre le VIH pour un montant de 109 293 281 €. Le financement du PEPFAR contribue essentiellement à la mise en œuvre d’un paquet complet d’activités dans 30 DS ; * Le système des Nations Unies finance la lutte contre le VIH à travers son assistance technique. Son apport est estimé en moyenne à 300 000 € par an, en soutien à la planification stratégique et opérationnelle, ainsi qu’à la mise à jour des politiques et directives nationales. L’UNFPA finance l’achat de préservatifs et le programme d’éducation sexuelle complète en milieu scolaire.   Le cumul des engagements financiers des partenaires et du gouvernement est estimé à 163.870.299 € pour 2021, 154.801.463 € pour 2022 et 155.323.351 € pour 2023. Ces engagements ne couvrent pas l’ensemble des besoins exprimés dans le PSN 2021-2025.  L’appui du FM permettra donc de relever les défis priorisés dans le PSN.  Le Dialogue Pays conduit par le CCM (Country Coordinating Mechanism) a permis la mobilisation de tous les partenaires afin de garantir l’inclusion de tous les acteurs dans le processus de développement du PSN 2021-2025, de son budget et de la demande de financement NFM3.  Des réunions de concertation avec les partenaires techniques et financier sont prévues tout au long de la période de mise en œuvre du PSN de lutte contre le VIH pour rendre compte de l’utilisation des ressources mobilisées auprès d’eux et encourager la poursuite de leur mobilisation aux côtés du gouvernement ivoirien.  Sous le leadership du CNLS, en étroite collaboration avec le CCM, le MSHP (PNLS et FNLS) continuera à coordonner et à superviser la mise en œuvre des interventions planifiées, dans une approche d’optimisation de l’utilisation des ressources disponibles. Par exemple, pour les activités de renforcement de capacités, des solutions d’enseignement à distance (e-learning, visioconférences, télémédecine) seront privilégiées à chaque fois que cela sera possible.  L’Etat ivoirien s’engage de surcroit à poursuivre ses efforts de mobilisation de ressources additionnelles, tant au niveau national qu’international, à travers :   * Les mécanismes de mobilisation de ressources sont en cours (atelier de financement de la santé, plateforme nationale de mobilisation de ressources / plateforme des PTF) ; * La CNAM-CI, qui à terme devrait prendre en charge les dépenses de santé liées au VIH, grâce à la généralisation du dispositif d’assurance maladie universelle ; * Le processus de transition de financement de la réponse au VIH, amorcé depuis quelques années, qui doit aboutir à terme à un financement domestique intégral de cette réponse, à partir de mécanismes de financement pérenne en Côte d’Ivoire *(Annexe 37)*. |

1. Mettre en lumière les difficultés en matière de pérennité (voir la liste indicative figurant dans les *Instructions*). Expliquer comment ces difficultés seront résolues soit au moyen de la présente demande de financement soit par d’autres moyens. Si cet élément est déjà décrit dans la stratégie nationale, dans le plan de pérennité et/ou de transition, et/ou dans tout autre document joint à la demande de financement, faire référence aux sections correspondantes de ces documents.

|  |
| --- |
| **Difficultés**   * Insuffisance du budget de l’Etat pour le financement de la santé, avec 5% de contribution u budget national, qui impacte négativement la part accordée à la lutte contre le VIH/sida * Gestion défaillante des ressources humaines en santé (répartition inéquitable des RHS), qui se traduit par des difficultés à mener à bien les activités, tant au niveau central que décentralisées * Insuffisance dans la production des données statistiques de qualité en matière de gestion des produits de santé, liée aux difficultés de collecte des informations sur les commandes et les livraisons * Insuffisance dans la compréhension et l’intégration des droits humains et du genre par les prestataires de services de santé, qui grève l’équité dans l’offre aux bénéficiaires.   **Pistes de résolution**   * Le gouvernement à travers le MSHP s’engage progressivement à prendre à son actif des activités clé issues du PSN au fil des temps à travers la volonté de payer. Ce processus va se poursuivre. * Par ailleurs la mise en place du budget programme institué par le pays va contribuer à optimiser l’impact des ressources allouées * Le Développement de la Couverture Médicale Universelle devrait par ailleurs permettre d’intégrer à terme les dépenses de santé liées au VIH dans un mécanisme pérenne de financement de la santé * La formation des acteurs sur les notions de droits humains et genres ainsi que sur les populations clé donne un point de départ pour ces derniers à développer des actions sur ces thématiques dans tous les projets de santé. L’appropriation de ces notions par les prestataires garantira la prise en compte de ces notions dans les rapports humains * L’intervention communautaire prise comme stratégie nationale transversal, avec le recrutement des Agents de Santé communautaires au niveau local issus de leur propre communauté, garantit une base solide des interventions sanitaires à base communautaire * L’expérience de la centrale d’achat en matière de processus d’acquisition des produits de santé, de même que pour leur distribution, à travers plusieurs programmes et dans tout le pays, permet de garantir à terme un bon rapport coût/efficacité dans la gestion des produits de santé * L’utilisation du DHIS2 comme outil national de gestion des données et du e-SIGL comme outil de commande et de rapportage des produits de santé garanti une meilleure maitrise de ces circuits, un meilleur rapport coût-efficacité et une pérennité dans la gestion des données au niveau national * Le programme National de Lutte contre le Sida s’inscrit pleinement dans cette approche |

# Annexe 1 : Liste de vérification des documents

Vérifier que le dossier de candidature est complet à l’aide de la liste ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Formulaire de demande de financement |
|  | Tableau(x) de lacunes programmatiques |
|  | Tableau(x) du paysage de financement |
|  | Cadre de résultats |
|  | Budget |
|  | Demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée |
|  | Cartographie des modalités de mise en œuvre[[5]](#footnote-6) |
|  | Tableau(x) des données essentielles (à jour) |
|  | Approbation de la demande de financement par l’ICN |
|  | Déclaration de conformité de l’ICN |
|  | Pièces justificatives confirmant que les exigences de cofinancement ont été remplies pour la période d’allocation actuelle |
|  | Pièces justificatives relatives aux engagements de cofinancement pris au titre de la prochaine période d’allocation |
|  | Évaluation du degré de préparation à la transition (si disponible) |
|  | Plans stratégiques nationaux (relatifs au secteur de la santé et propres aux différentes maladies) |
|  | Toutes les pièces justificatives citées dans la demande de financement |
|  | Outil de gestion des produits de santé (le cas échéant) |
|  | Liste des abréviations et des annexes |

1. Les demandes hiérarchisées de financement au-delà de la somme allouée ne peuvent être déposées que conjointement avec la demande de financement. Pour élaborer une demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée, remplir le document-type au format Excel qui sera transmis par le Secrétariat du Fonds mondial. [↑](#footnote-ref-2)
2. Cette section ne concerne que les candidats dont la lettre d’allocation indique que des fonds de contrepartie leur ont été assignés. [↑](#footnote-ref-3)
3. La cartographie actualisée des modalités de mise en œuvre est obligatoire si le programme se poursuit avec le même récipiendaire principal. En cas de changement de récipiendaire principal, cette cartographie peut être transmise lors de l’étape d’élaboration de la subvention. [↑](#footnote-ref-4)
4. Notez que le Fonds Mondial peut mettre à la disposition du public les informations tirées des documents justificatifs fournis en réponse aux questions ci-dessous, y compris les informations sur le(s) tableau(x) du paysage de financement ou les engagements nationaux. [↑](#footnote-ref-5)
5. La cartographie actualisée des modalités de mise en œuvre est obligatoire si le programme se poursuit avec le même récipiendaire principal. En cas de changement de récipiendaire principal, cette cartographie peut être transmise lors de l’étape d’élaboration de la subvention. [↑](#footnote-ref-6)