



República de Cabo Verde
Comité de Coordenação do Combate à Sida

Secretariado Executivo

.....

Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (UNGASS)

RAPPORT DU CAP VERT Période de Janvier 2003 à Décembre 2005



C. Postal 855 – Praia – República de Cabo Verde
Telefone (238) 2600343 FAX: (238) 2618576
E-mail: ccssida@cvtelcom.cv

TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS

ETAT DE LA SITUATION

Réponse nationale

Engagement politique

Réalisations dans les différents domaines prioritaires

- Santé
- Education
- Entreprises
- Orphelins et enfants vulnérables
- Protection et promotion des droits et devoirs des PVVS
- Promotion de la recherche

Défis

ANNEXE 1 - Processus de consultation/préparation du Rapport national de suivi de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*

ANNEXE 2 - Vue d'ensemble de l'épidémie du SIDA au Cap Vert

ANNEXE 3 - Questionnaire sur l'Indice National Composite des Politiques

ANNEXE 4 - Formulaire pour les Indicateurs de Programme et d'impact

AVANT PROPOS

Le présent document est le second rapport sur la Déclaration d'Engagement issue de la session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/SIDA. Il présente les indicateurs disponibles actuellement pour suivre et évaluer les progrès dans la mise en œuvre de la Lutte contre le SIDA au niveau national.

Le Cap Vert est en phase de révision de son premier plan stratégique multisectoriel (PENLS - 2002-2006) pour la période 2006-2010, un point de virage crucial au moment où tout indique que l'épidémie se maintient basse dans la population en général, contrariant les perspectives antérieures d'une épidémie généralisée, bien que à basse prévalence. Ainsi, le présent rapport se constitue également comme un point de virage, puisque il se base sur les indicateurs définis pour les contextes d'épidémies généralisées. Les prochains rapports retiendront sans doute une grande partie de ces indicateurs, considérés très pertinents pour le contexte national, mais devront prioritairement adresser le set d'indicateurs spécifique pour les groupes à haute vulnérabilité.

Le rapport du Cap Vert est soumis en retard relativement aux délais prévus et, pour éviter de nouveaux délais, il est présenté en format résumé. Plusieurs fragilités sont encore ressenties au niveau de la disponibilité des données, particulièrement pour les indicateurs qui impliquent des études spéciales. L'Enquête Démographique de Santé Reproductive, réalisée en 2005, incluant la sérologie du VIH, a été alignée avec les compromis de suivi des indicateurs relatifs aux connaissances et comportements des jeunes pour l'UNGASS, mais des imprévus ont significativement retardé l'initiation du traitement des données, actuellement en cours. Pour combler cette lacune, les données intercalaires de la surveillance des comportements auprès des hommes en uniforme et vendeuses des marchés (BSS 2004) sont avancées.

Malgré les fragilités détectées, les acquis au long des trois dernières années en matière de lutte contre le SIDA au Cap Vert nous semblent importantes et nous espérons que le présent rapport puisse les illustrer.

ETAT DE LA SITUATION

La **séroprévalence** du VIH au sein de la population général sexuellement active se maintient basse, avec un taux de 0,44% en 2004 (postes sentinelle - PLS / S d'Épidémiologie). Les données provisoires de l'EDS+ (2005) confirment une prévalence nationale de 0,5%. En 1989, la première enquête sérologique national avait indique une prévalence de 0,46%.

Ces résultats encourageant motivent un redoublement de l'engagement pour la manutention de la situation. Les principales préoccupations adviennent des taux élevés de **comportements à risque** dans la population en générale, soit au niveau de la précocité de l'entrée dans la vie sexuelle active (30% des femmes enceinte ont 15 à 19 ans – postes sentinelle – PLS / S d'Épidémiologie), soit au niveau du nombre élevé de partenaires non réguliers, de même que l'encore basse utilisation du préservatif.

Le **niveau de connaissances** sur le VIH/SIDA continue d'évoluer, avec près de 65% des jeunes de 15-24 ans qui connaissent au moins un des deux moyens principaux de prévention (l'utilisation de préservatif et la fidélité). De même, plus de la moitié des jeunes (54%) possèdent des connaissances correctes relativement a trois des principales croyances fausses (une personne avec bonne apparence peu être séropositive et la non transmission du VIH par le moustique ou le partage d'un repas). Néanmoins, la connaissance approfondie de la maladie reste à parfaire avec près de 37% seulement déclarant connaître deux moyens de prévention et rejeter les idées locales erronées. La **perception du risque** d'infection continue d'augmenter chez les jeunes et les adultes (73% se considèrent en risque pour le VIH).

L'analyse de l'évolution des indicateurs clés de connaissances et de comportements sexuels (notamment l'utilisation des préservatifs) entre 1998 et 2004 (voir tableau) montre une amélioration de la situation liée aux efforts des programmes de prévention en cours. Toutefois, bien qu'encourageants, les résultats indiquent que les efforts doivent être soutenus, si non redoublés, particulièrement en direction aux groupes à haute vulnérabilité. Comme premiers pas, deux études (estimation et abordage qualitatif) ont permis de mieux cerner la vulnérabilité des CDI, des professionnels du sexe et des enfants de rue et indiquent la population carcérale comme un quatrième groupe spécialement vulnérable.

La réponse nationale, déclenchée depuis l'identification du premier cas, en 1986, bénéficié de l'**appui politique** de hautes autorités de l'Etat et, depuis 2002, le Premier Ministre est le Président du CCS-SIDA, le comité multisectoriel responsable de la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA. Le PENLS (2002-2006) est multisectoriel et décentralisé, impliquant fortement les différents **secteurs de l'État**, de même que la **société civile** au niveau national et des Municipalités. Pour la première fois, en 2004, une personne séropositive s'identifie publiquement comme tel, suivie de quelques autres, qui fondent un groupe qui sera l'embryon d'une association de PVVIH.

La réponse nationale s'organisée autour de 10 axes programmatiques et des efforts sont entrepris pour que le VIH/SIDA devienne de fait et dans la dimension nécessaire un domaine transversal dans les stratégies sectorielles de développement, le document de

stratégie de réduction de la pauvreté, et les autres programmes de développement du pays.

L'engagement et appui politique du Gouvernement dans la lutte contre le SIDA se reflète dans l'**allocation des ressources nationales**, au niveau des différents budgets sectoriels. Toutefois il faut reconnaître, surtout quand il s'agit d'initier de nouveaux programmes qu'impliquent des coûts de montage souvent en tout semblables à ceux de pays de plus grande dimension, que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour le passage à l'échelle des interventions prioritaires.

Par ailleurs, la vulnérabilité socio-économique du pays conditionne le développement des systèmes de santé et d'éducation. Des inquiétudes sont déjà justifiées concernant le financement de ces systèmes et risquent de s'accroître sous la poussée démographique, car plus de 60% de la population à moins de 25 ans et un tiers de cette population va à l'école. Il y a donc, au Cap-Vert, un véritable problème sur le plan de la capacité du système de santé et du système éducatif à assurer un développement du capital humain qui permette aux Capverdiens de tirer profit des forces de la mondialisation.

Analysant la réponse national, les suivantes dimensions sont à rehausser:

- *Santé*

La PTME s'est initiée au niveau national dans le contexte de la politique de soins intégrés aux PVVIH et prévoit la bithérapie (démarrage le 1^{er} Décembre de 2004). Le conseil et dépistage volontaire occupent une place clé, avec un taux initial d'acceptabilité de 100 %. En 2004, près de 13% des femmes enceintes ont été testées. Du total de femmes identifiées VIH+, 80% ont adhéré au protocole prévu pour la prévention de la transmission vertical.

Le Conseil et Dépistage Volontaire a également été renforcé en terme de couverture. Par ailleurs, quelques ONG font le conseil pré et post teste, avec référence au Centre de Santé pour le teste. L'introduction de testes rapide est prévue. Le nombre de demandes de teste a pratiquement triplé dans les 3 dernières années.

La prise en charge des PVVIH s'articule autour de la prise en charge clinique et psychosociale et, à la fin de la première année de mise en oeuvre de la TARV, 114 patients ont bénéficié de ARV, avec un taux de couverture de 38%. La totalité des personnes qui pressentent des critères cliniques pour initiation de la thérapie ARV a initié et plusieurs membres issus de groupes vulnérables, tels que les CDI sont sous traitement ARV, ce qui se configure comme pas important pour l'accès universel. Près de 300 PVVIH ont été évaluée et sont suivies régulièrement. Le taux de survie des patients à la fin de 12 mois est difficile d'évaluer basé sur les quelques cas qui font la TARV à au moins 12 mois. Relativement à la réduction des coûts, beaucoup reste à faire, notamment en matière d'exemption de taxes et de la réduction des coûts de distribution interne, qui sont importants, étant donné la structure archipélagique du pays.

L'appui psychosocial dans le secteur santé prévoit l'appui psychologique aux PVVIH et famille affectée. La société civile prend le relais pour l'appui socio-économique et, aussi, psychologique. Des progrès ont été fait au niveau de la référence/contre-référence entre

la santé et la société civil, une dimension indispensable dans le contexte de basse prévalence du pays.

La sécurité transfusionnelle du point de vue du VIH est assurée depuis le début de l'épidémie, avec le testage de tout le sang recueilli, mais des progrès considérables ont été fait au niveau de l'organisation et des document stratégiques d'encadrement, perspectives d'élargissement du system incluses, bien comme au niveau de l'actualisation professionnelle. De même l'application des précautions universelles a été grandement renforcée, dans le contexte du traitement du déchet hospitalier.

- ***Education***

Les thèmes IST/VIH/ SIDA, sexualité et santé reproductive sont intégrés dans le curriculum de l'enseignement de base et secondaire et un Projet EMP/EVF, appuyé par le UNFPA existe depuis quelques années. Néanmoins, dans le contexte du plan stratégique en vigueur, un virage vers l'abordage de ces thèmes dans une perspective de compétences sociales a été fait. Dans ce contexte 23% des professeurs ont été forme (30% pour l'enseignement de base, de 6 ans, et 13% pour le secondaire) et du matériel a été produit. L'intégration curriculaire en soit se fera à l'occasion de la révision curriculaire en cours. Il n'a pas été possible de réaliser l'étude spécifique nécessaire pour l'indicateur UNGASS, toutefois, un questionnaire en fin d'année scolaire au près des professeurs formés a permis de vérifier que 58% professeurs ont enseigné dans une perspective de compétences sociales. Un projet pilote avec la GTZ a permis de monter 2 centres d'Information, Education et Orientation dans 2 lycées (éducation par les paires), une synergie reconnue comme nécessaire pour la promotion de compétences sociales. Il existe une prévision d'ouverture de 6 centres additionnels dans d'autres écoles secondaires. Il faut aussi mentionne que l'effort pour atteindre les jeunes, en particulier par l'abordage centrée sur les compétences, est catalyse para les Centres de Jeunesse et Centres satellites, ou nombre 24 dans les 17 Municipalités du pays. Ces Centres travaillent avec les jeunes scolarisés mais aussi avec les jeunes en dehors de l'école. Finalement, les écoles et lycées réalisent des activités extrascolaires sur les IST/VIH/SIDA au long de l'année scolaire.

- ***Entreprises***

Malgré la non réalisation de l'étude spécifique pour l'indicateur relatif aux entreprises, leurs mobilisation, notamment les privées, pour la lutte contre le SIDA reste encore faibles. Cependant, le processus pour obtenir leurs engagement a déjà démarré et des actions de sensibilisation ont été mis en œuvre, auprès des cadres décideurs, et des entreprises de dimension major dans le pays et syndicats ont organisé des activités, pour la sensibilisation des travailleur sur le VIH-SIDA en milieu de travail.

Au niveau du Ministère des Infrastructures et Transport les contrats avec les entreprises de construction pour les travaux routier, ports, etc. prévoient la sensibilisation des travailleurs et des communautés où se réalisent les travaux.

En général les initiatives sont centrées sur l'IEC, informations sur le CDV, bien comme les aspect juridiques et de protection des droits de l'homme sur le local de travail. L'accès au traitement se fait par la voie des structures publique de santé.

- ***Orphelins et enfants vulnérables (OEV)***

Un effort important s'est fait pour l'identification de OEV, soit au niveau national, soit au niveau local. Les partenaires locaux de la société civile, en partenariat avec les Mairies de 7 des 17 Municipalités (en vertu de la décentralisation des services de promotion sociale a se niveau), ont pu faire parvenir un appui a près de 250 orphelins et autres enfants vulnérables qui, dans la grande majorité des cas bénéficient d'un appui a la scolarité et, parfois, d'appui nutritionnel.

- ***Droits de la personne***

La législation ne prévoit pas le cas spécifique du VIH, néanmoins la constitution du Cap Vert permettra l'introduction aisé de cette question, étant donne que la Constitution consacre le principe de la non discrimination. Complémentairement, un article du code pénal prévoit des sanctions pour la transmission intentionnelle de IST. Les démarches jusqu'à présent entreprises incluent la participation du Cap Vert, a travers d'un de ses députés au parlement, dans un workshop sous-régional, pour l'élaboration de législation type a adapter et adopter par les pays; la mobilisation de décideurs politiques et de parlementaires, du Ministère de la Justice et de la Commission Nationale pour les Droits de L'Homme. Par ailleurs, les campagnes de IEC, soit dans les medias, soit dans les matériels produits et communication interpersonnelle, ont inclus de forme consistante la lutte contre la discrimination des PVVIH.

- ***Recherche***

La promotion de la recherche est une tache ardue, vu le point de départ. Les recherches ont privilégié l'axe socio anthropologique, portant sur les comportements en matière de VIH/SIDA, de même que la planification de recherche opérationnelle. Le Ministère de la Santé a par ailleurs définit quelques priorités et installe actuellement un comite d'éthique pour l'analyse des projet de recherche du secteur. Dans le contexte de l'agrégation du teste du VIH a l'EDS, un Comite d'éthique ad hoc a été cree.

RESUME DES INDICATEURS NATIONAUX

	2003	2005	Commentaires
ACTIONS ET ENGAGEMENTS NATIONAUX			
Fonds nationaux (en USD)	50.000*	100.000* +1.211.600** <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> 1.311.600	*Fonds de contrepartie national (MAP) **Estimation de la contribution nationale élaborée pour la Proposition au Fonds Mondial (Round V)
PROGRAMMES NATIONAUX ET COMPORTEMENT			
% des écoles dans lesquelles les enseignants ont été formés à une éducation VIH/SIDA basée sur les compétences psychosociales et qui l'ont dispensée au cours de la dernière année scolaire:	ND	ND	1.517 (23%) professeurs de l'enseignement primaire et secondaire formés. Etude sera faite pendant l'année scolaire en cours..
% de grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail	ND	ND	Etude en phase de planification.
% de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME	0	20%	1 ^{ère} année d'implémentation du programme de PTME
% de patients atteints d'IST fréquentant des centres de soins qui ont été correctement diagnostiqués, traités et conseillés	ND	ND	Etude en phase de planification.
% de personnes ayant une infection VIH avancée qui reçoivent une association d'antirétroviraux	0	38%	Données programme por 2005
Pourcentage OEV pris en charge	ND	ND	
Pourcentage poches de sang testés VIH	ND	ND	La totalité du sang recueilli en 2004 dans les 2 banques de sang qui existent (1.658 unités) a été testé pour le VIH.

	2003	2005	Commentaires
CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS			
% des jeunes âgés de 15 à 24 ans qui, à la fois, ont des connaissances exactes des manières de prévenir la transmission du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	ND	Garçons: 46% Filles: 28%	BSS (2004) chez les forces en uniforme et les vendeuses des marchés traders (toutes tranches d'âge, mais avec une représentation limitée du groupe 15-19 ans). Le traitement des données de l'EDS 2005 est en cours.
Connaissance 2 formes correctes de prévention (partenaire unique, fidèle et non infecté + utilisation du préservatif)	Garçons: 59% Filles: 53%	Garçons: 70% Filles: 60%	
Sans croyances fausses (apparence + moustique + partage de repas)	Garçons: 43% Filles: 33%	Garçons: 64% Filles: 43%	
	EDS 1998	BSS 2004	
Pourcentage de jeunes de 15-24 ans ayant eu les rapports sexuels avant 15 ans	Garçons: 40% Filles: 21%		Le traitement des données de l'EDS 2005 est en cours.
	EDS 1998		
Pourcentage de jeunes 15-24 ans ayant eu les rapports sexuels avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois	Garçons: 95% Filles: 68%	Garçons: 96% Filles: 66%	BSS (2004) chez les forces en uniforme et les vendeuses des marchés traders (toutes tranches d'âge, mais avec une représentation limitée du groupe 15-19 ans). Le traitement des données de l'EDS 2005 est en cours.
	EDS 1998	BSS 2004	
Pourcentage de jeunes 15-24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire non régulier	Garçons: 60% Filles: 69%	Garçons: 64% Filles: 81%	BSS (2004) chez les forces en uniforme et les vendeuses des marchés traders (toutes tranches d'âge, mais avec une représentation limitée du groupe 15-19 ans). Le traitement des données de l'EDS 2005 est en cours.
	EDS 1998	BSS 2004	
Rapport de scolarisation orphelins par rapport aux non-orphelins	ND	ND	L'EDS 2005 collecte cette donnée pour la 1 ^{ière} fois. Le traitement des données est en cours.
IMPACT			
Pourcentage de jeunes 15-24 ans infectés par le VIH	0,6% (Capitale)	0,31%	Postes sentinelles 2002 (capitale) et 2004
Pourcentage d'adultes et enfants VIH positifs encore en vie 12 mois après l'initiation de la thérapie ARV	-	67%	1 ^{ière} année d'implémentation du programme de soins intégrés
Pourcentage d'enfants nés de mères VIH positives infectés	25%	2,71	

DEFIS

Les **défis** identifiés pour la réalisation des indicateurs clés, pour atteindre les objectifs UNGASS et, accomplir les buts de l'Accès Universel sont:

I. Prévention globale de la transmission du VIH.

Réduire la propagation sexuelle et par la voie sanguine du VIH, en assurant l'Accès Universel aux Moyens de Prévention;

II. Qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA,

Améliorer la Qualité de Vie des Personnes Infectées et Affectées par le VIH/SIDA, en assurant l'Accès Universel aux Traitement et aux Soins;

Réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA sur les personnes infectées ou affectées;

Promouvoir l'instauration d'un environnement éthique et juridique favorable aux PVVIH-SIDA;

III. Implication des secteurs publics, privé et la société civil, en général, dans la mise en œuvre du PMLS.

Renforcer la participation des ministères, autres que la santé, des municipalités, des associations communautaires et des ONG dans la mise en œuvre du PMLS;

Promouvoir la création d'associations des PVVH-SIDA;

Impliquer le secteur privé nationale et internationale évoluant au Cap Vert, dans la riposte au VIH-SIDA;

IV. Gestion et Coordination du PMLS (information stratégique/Suivi & évaluation et financière).

Assurer la Gestion et la Coordination de la Riposte Nationale Multisectorielle au VIH/SIDA, dans le Respect des "Trois Principes";

Renforcer la Coordination de la Riposte Nationale Multisectorielle au VIH/SIDA;

Assurer la Gestion de l'information stratégique (Suivi & évaluation);

Améliorer la Gestion financière.

Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement va poursuivre et renforcer le dialogue avec tous les partenaires – dans le cadre des Trois Principes. Le lancement du nouveau plan national stratégique 2006/2010 se constitue comme une opportunité unique pour la continuation et le renforcement de ce partenariat.

ANNEXES

- ANNEXE 1 Processus de consultation/préparation du Rapport national de suivi de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*
- ANNEXO 2 Vue d'ensemble de l'épidémie du SIDA au Cap Vert
- ANNEXE 3 Questionnaire sur l'Indice National Composite des Politiques
- ANNEXE 4 Formulaires pour les Indicateurs de Programme et d'impact
- a) GE-6 (NPBI-4)
 - b) GE-7 (NPBI-5)
 - c) GE-15 (II-1a)
 - d) GE-16
 - e) GE-17 (II-2)
- ANNEXE 4 Vue d'ensemble de l'épidémie du SIDA au Cap Vert

ANNEXE 1

Processus de consultation/préparation du Rapport national de suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA

1) Quelles institutions/entités ont été chargées de remplir les formulaires des indicateurs?

a) CNLS ou organe apparenté **Oui**

2) À partir de données venant de

Ministères:

Éducation **Oui**

Santé **Oui**

Affaires sociales

Travail et sécurité sociale

Justice **Oui**

Organisations de la société civile **Oui**

Personnes vivant avec le VIH et le SIDA

Secteur privé

Organismes des Nations Unies **Oui**

Organismes bilatéraux **Oui**

ONG internationales

3) Le rapport a-t-il donné lieu à discussion lors d'un forum élargi? **Non**

4) Les résultats des enquêtes sont-ils conservés de manière centralisée? **Oui**

5) Le public peut-il consulter ces données? **Oui**

Nom / titre: ARTUR JORGE CORREIA
Secrétaire Exécutif du CCS-SIDA

Date: _____

Signature: _____

ANNEXE 2

VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉPIDÉMIE DU SIDA AU CAP VERT

Le premier cas de SIDA a été rapporté au Cap Vert en 1986, chez un patient originaire de l'île de Fogo. En 1989, la première enquête de séroprévalence réalisée à l'échelle nationale chez 5790 personnes de 15 à 55 ans a révélé une prévalence de 0,46%.

Dès lors, un système de surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes a été mis en place et a permis l'identification des taux de prévalence allant de 0,48% en 1989 à 1,13% en 2002 (Source : *Rapport du PLS du Ministère de la santé, 2005*). En 2003 et 2004, l'introduction des sites de collecte en zones rurale et l'augmentation de la taille des échantillons donne des prévalences respectives de 0,89% et 0,44% comme l'indique la figure ci-dessous.

La deuxième Enquête Démographique de Santé et de Reproduction (EDSR II) réalisée en octobre 2005 chez 5588 personnes âgées de 15 à 49 pour les femmes et 15 à 59 ans pour les hommes indique une prévalence autour de 0,52% (Rapport préliminaires, Janvier 2006).

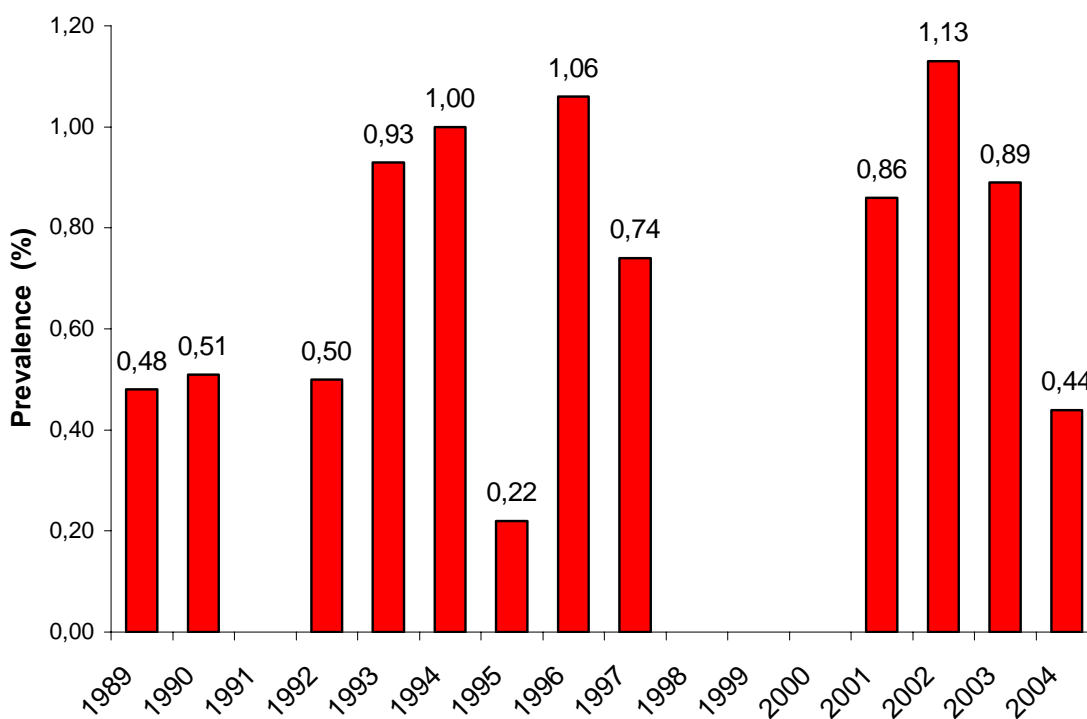


Figure 2 : Evolution de la Prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 1989 à 2004
(Source: PLS du Ministère de la Santé, Surveillance Epidémiologique)

L'analyse des données montre que la prévalence qui est restée croissante entre 1989 (0,48%) et 2002 (1,13%) tend à se maintenir avec respectivement

0,89% en 2003, 0,44% en 2004. Cela est confirmé par les données de l'Enquête Démographique de Santé et de Reproduction (EDSR) réalisée en octobre 2005 qui indique une prévalence d'environ 0,52%.

L'infection à VIH affecte particulièrement les personnes de la tranche d'âge la plus active et économiquement rentable. Elle représente 62,8% des séropositifs et 51% des cas de SIDA maladie.

Les données par tranche d'âge montrent des prévalences élevées chez les 20 à 34 ans. Cependant, les données de 2003 et 2004 montrent que les jeunes femmes sont exposées très tôt au virus, 30% des femmes enceintes ont entre 15 et 19 ans. Le sexe ratio Homme/femme qui était de 1,13 (399/353) en 2000 est passé à 1,02 (728/717) en 2004.

Les statistiques disponibles n'indiquent pas une différence significative de la prévalence du VIH chez les femmes en fonction du statut marital (mariée, célibataire ou cohabitante). Les prévalences dans ces trois sous groupes de populations sont de 0,34% chez les femmes célibataires ; 0,5% chez les mariées et 0,56% celles qui vivent en concubinage.

De 1986 à 2004, le nombre de cas de VIH/SIDA notifiés est resté croissant comme l'indiqué la figure 3. En fin décembre 2005, près de 1669 cas d'infection à VIH/SIDA ont été notifiés dont 811 hommes et 810 femmes. Plus de la moitié des cas (52%) étaient déjà au stade SIDA, ce qui indique un dépistage tardif de l'infection.

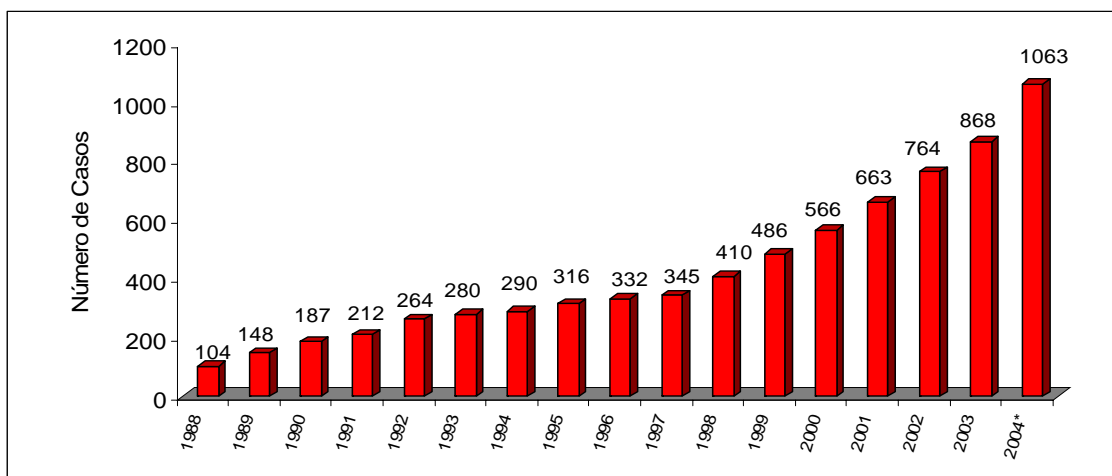


Figure 3 : Evolution des cas de VIH/SIDA au Cap-Vert de 1988 à 2004

Le principal mode de transmission est la voie sexuelle qui représente plus de 80% des cas notifiés. Parmi les 1699 cas cumulés de VIH/SIDA notifiés par le pays en 2005, 126 (7,5%) sont dus à la transmission verticale (de la mère à l'enfant).

➤ **La séroprévalence chez les groupes à risques :**

Dans les groupes de population ayant des comportements à haut risque, notamment les utilisateurs de drogue, les professionnels du sexe, etc. on ne dispose pas encore de données fiables sur la séroprévalence dans ces groupes. Toutefois en 2001, les données d'un dépistage volontaire réalisé chez les utilisateurs de drogue (UDI) ont montré une prévalence de 6,1 % en 2001. En 2004, le système de notification de cas de VIH dans la population révèle que 4,2% appartiennent au groupes des UD. Les données des centres de banques de sang des hôpitaux nationaux indiquent une prévalence chez les donneurs de sang assez basses (0,32% en 2004 ; 0,15% en 2002, et 1,12% en 1995).

➤ **La séroprévalence dans les régions ou îles du pays**

L'infection à VIH est présente dans toutes les îles qui constituent le pays et à des taux variant d'une île à l'autre. Plus spécifiquement, et en terme de pourcentage par rapport aux cas détectés pendant les trois premiers trimestres de 2005, Sal était la région la plus touchée (10% des cas), puis viennent Tarrafal (6,8%), S.Nicolau (4,4%) et Santa Catarina (3%). En général, on constate une propagation progressive de l'infection des zones urbaines vers les zones rurales comme l'indique le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Répartition des cas de séropositifs en fonction des îles (Rapport PNLIS, Octobre 2005)

Îles / Municipalités	Total des tests réalisés	Nombre de séropositifs
S. Antão	212	2 (0,9)
S. Vicente	1451	31 (2,1)
Praia	4712	123 (2,6)
Sal	103	10 (10,%)
Santa Catarina	201	6 (3%)
Tarrafal	44	3 (6,8)
S. Nicolau	113	5 (4,4%)
Cap-Vert	6836	180 (2,6%)

Les deux types de virus circulent dans le pays et les analyses ont relevé en 2004, près de 72% des cas notifiés étaient le VIH1 et 22% pour le VIH2. Entre 2003 et 2005, plus de 50% des cas diagnostiqués étaient au stade SIDA maladie, ce qui dénote d'un diagnostic tardif de l'infection.

La demande en tests de dépistage du VIH augmente significativement passant de 3069 tests en 2003 à plus de 8000 en fin 2004 et près de 6836 tests pour les trois premiers trimestres de l'année 2005.

➤ **Les comportements sexuels de la population et des groupes à risque face aux VIH/SIDA et IST.**

L'enquête de surveillance des comportements sexuels face au VIH/SIDA et IST réalisée en 2004 chez les vendeuses des marchés et les hommes en uniforme montre que l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 16,1 ans pour les filles et 15,5 ans pour les garçons.

Le niveau des connaissances des populations face au VIH/SIDA est très élevé (supérieur à 95%). A l'opposé, les pratiques sexuelles montrent des prises de risque d'infection très importantes dans les deux groupes.

Au cours de 12 derniers mois, environ 33,5% de femmes vendeuses ont eu des rapports sexuels avec au moins un partenaire occasionnel et ce rapport n'était pas protégé par un condom dans près de 69% des cas. Malgré que 59,4% de ces vendeuses se considèrent à risque d'une infection à VIH/SIDA, plus de 49% d'entre elles ont eu un rapport avec un partenaire qu'elles considèrent comme à haut risque au cours de la même période.¹

La situation n'est pas très différente chez les hommes en uniforme. Au cours des 12 derniers mois précédant l'étude, 81% ont eu des rapports sexuels avec au moins un partenaire sexuel occasionnel (en moyenne 2 à 3). Le dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel était protégé par un condom dans seulement 64,5% des cas. Si 84% d'entre eux se considèrent à risque d'infection à VIH/SIDA, au moins 48% ont eu un rapport sexuel avec un partenaire qu'ils considèrent comme à risque au cours des 12 derniers mois.

Malgré cette prise constante de risque, seulement 1,3% de vendeuses et 11,5% d'hommes en uniforme ont fait un test de dépistage du VIH.

Selon les responsables nationaux de la lutte contre le VIH/SIDA, les résultats de cette étude sont une photographie exacte des comportements qui prévaut dans les autres groupes de la population et même dans la population entière. En résumé, l'analyse des données disponibles à ce jour permet de faire les commentaires suivants:

- La prévalence de l'infection à VIH dans la population générale reste inférieure à 1% comme l'indique les données de l'enquête nationale de séroprévalence du VIH de 1989 et celles de l'Enquête Démographique de Santé et Reproduction (EDSR II) réalisée en octobre 2005. Les prévalences indiquées par ces deux études sont respectivement de 0,46% et 0,52%. Cela est confirmée par les données de la surveillance sentinelle chez les femmes de 2003 et 2004 qui, contrairement aux précédentes années, ont pris en compte les populations des zones urbaines et rurales.
- Il n'existe pas de données récentes de séroprévalence dans les groupes à haut risque (professionnels du sexe, utilisateurs de drogues, patients IST, etc.). Les données du système de notification universelle montrent

¹ Enquête de surveillance des comportements sexuels face au VIH/SIDA chez les vendeuses des marchés et les hommes en uniformes, 2004

qu'une proportion importante (de 3 à 7%) des cas de VIH/SIDA notifiés au plan national sont issus de ces groupe (professionnelles du sexe, utilisateurs de drogue, etc.).

- Les résultats des enquêtes comportementales chez les hommes en tenue et les vendeuses des marchés réalisées en 2004 montrent qu'une forte prédominance des comportements à risque dans la population en général et particulièrement dans ces sous-groupe. Chez 48,3% d'hommes en uniforme et 49,4% de vendeuses des marchés, le dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel n'était pas protégé par un condom. Ceci démontre des risques élevés de propagation de l'infection à VIH qui prévaut dans la population.
- Comme le concluait un Rapport du Ministère de la Santé² en 2003, les données disponibles montrent que l'épidémie de VIH/SIDA a un niveau de prévalence faible et les tendances restent inférieures à 5% dans le sous groupes de population tels que les donneurs de sang et les femmes enceintes dans tous les sites. Une nouvelle caractérisation du type d'épidémie au Cap-Vert serait effectuée, car les données de séroprévalence dans les groupes à haut risque tels que les utilisateurs de drogues, les professionnels du sexe ne sont pas encore disponibles.
- Cependant, tous les acteurs s'accordent que le pays, malgré sa prévalence faible présente un risque d'extension très élevé, soit à cause des comportements dans les populations à haut risque, soit à cause du niveau socioéconomique de la population générale.
- Il est nécessaire de prendre en compte cette situation dans l'élaboration du présent Plan stratégique national contre le VIH/SIDA 2006-2010. Cela doit se traduire par le choix des interventions de proximité visant à contenir l'épidémie en réduisant davantage les nouvelles infections, puis renforcer l'accès aux soins et traitements pour les personnes déjà infectées.

² Rapport de surveillance sentinelle du VIH, 2003, Ministère de la Santé

ANNEXE 3

Questionnaire sur l'Indice National Composite des Politiques

République du Cap Vert
INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

Mars 2006

Pays : République du Cap-Vert

Non du responsable du Conseil national de lutte contre le SIDA :

Artur Jorge Correia

Signé par : Nom et titre

Artur Jorge Correia

Secrétaire Exécutif du CCS-SIDA

Adresse : **CCS-SIDA**
Avenida Cidade de Lisboa,
Caixa Postal 855,
Praia – Cabo Verde

Téléphone : **00 – 238 – 260.03.43 / 260.37.71**

Télécopie : **00 – 238 – 261.85.76**

E-mail : ccssida@cvtelecom.cv

DATE : Avril 2006

I. Plan stratégique

1. Votre pays a-t-il élaboré des stratégies/un cadre d'action multisectoriel (le) s pour combattre le VIH et le SIDA

Oui	Non	Sans objet (S/O)	Période couverte: 2002-2006
-----	-----	------------------	-----------------------------
















1.1 Si la réponse est OUI, quels sont les secteurs inclus ?

Secteurs inclus	Stratégie/Cadre d'action	Point focal/Responsable
Santé	Oui Non	Oui Non
Éducation	Oui Non	Oui Non
Emploi	Oui Non	Oui Non
Transport	Oui Non	Oui Non
Forces armées	Oui Non	Oui Non
Femmes	Oui Non	Oui Non
Jeunes	Oui Non	Oui Non
Autres à préciser (voire commentaires)	Oui Non	Oui Non

Commentaires :

Le Plan Stratégique National Multisectorielle est en phase de révision / actualisation pour la période 2006-2010.

Tous les secteurs gouvernementaux ont été impliqués dans le plan stratégique multisectoriel et chaque ministère à un point focal, appuyé, dans beaucoup de cas, par une unité sectorielle. Les unités sectorielles incluent les représentant de plusieurs sous-secteurs des ministères en question. Les secteurs au Cap Vert, actuellement au nombre de 15, sont les suivants;

-  Santé
-  Education et Valorisation des Ressources Humaines
-  Travail et Solidarité Sociale
-  Infrastructures et Transports
-  Défense
-  Primature (qui tutelle l'Institut de la Condition Féminine et l'Institut de la Solidarité Sociale)
-  Jeunesse et Sports
-  Justice
-  Administration Interne
-  Culture
-  Environnement, Agriculture et Pêches
-  Economie et Tourisme
-  Réforme de l'Etat et de l'Administration Publique
-  Finances et Plan
-  Affaires Etrangères, Coopération et Communautés

1.2 Si la réponse est OUI, le cadre d'action/la stratégie national(e) traite-t-il/elle des domaines, populations ciblées et questions transversales suivants ? (Oui/ Non)

Programme	
a. Conseil et test volontaires ?	a. _____ X _____
b. Promotion et distribution des préservatifs ?	b. _____ X _____
c. Prévention et traitement des IST ?	c. _____ X _____
d. Sécurité transfusionnelle ?	d. _____ X _____

e. Prévention de la TME ?	e. <input checked="" type="checkbox"/>
f. Allaitement ?	f. <input checked="" type="checkbox"/>
g. Soins et traitement	g. <input checked="" type="checkbox"/>
h. Migration ?	h. <input checked="" type="checkbox"/>
Populations cibles	
i. Femmes et jeunes .lles ?	i. <input checked="" type="checkbox"/>
j. Jeunes ?	j. <input checked="" type="checkbox"/>
k. Populations les plus à risque?	k. <input checked="" type="checkbox"/>
l. Enfants rendus orphelins et autres enfants vulnérables	l. <input checked="" type="checkbox"/>
Questions transversales	
m. VIH/SIDA et pauvreté ?	m. <input checked="" type="checkbox"/>
n. Droits de la personne ?	n. <input checked="" type="checkbox"/>
o. Participation des PVVS?	o. <input checked="" type="checkbox"/>

1.3 Si la réponse est OUI, cela inclut-il un plan opérationnel ? OUI NON

1.4 Si la réponse est OUI, le plan opérationnel/la stratégie inclut-il/elle :

- a. des objectifs de programme officiels ? OUI NON
 b. un budget détaillé des coûts ? OUI NON
 c. des indications sur les sources de financement ? OUI NON

1.5 Votre pays s'est-il assuré de «l'implication et la participation totales» de la société civile dans la phase de planification ? OUI NON

1.6 Le cadre d'action/la stratégie national(e) a-t-il/elle été avalisé(e) par les principales parties intéressées ? OUI NON

Commentaires:

Entre 2002-2006 le financement le plus important du Plan Stratégique a été un prêt MAP et, ce Project VIH/Banque Mondiale, contenait ses dispositions budgétaires. Néanmoins, l'absence d'un budget détaillé du Plan Stratégique 2002-2006 s'est avérée, en plusieurs occasions, comme un point faible. Il existe maintenant un premier draft d'estimations des besoins jusqu'à 2010, élaborer à l'occasion de la présentation de la proposition du pays au Fonds Mondial, en 2005. La budgétisation détaillée du Plan 2006-2010 est actuellement une priorité.

2. Votre pays a-t-il intégré la question du VIH et du SIDA dans ses programmes de développement global – tels que : a) les programmes pour le développement national, b) le Cadre d'Aide au développement des Nations Unies, c) les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, et d) le Bilan commun des pays

<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans objet (S/O)
---	------------------------------	---

2.1 Si la réponse est OUI, dans quels programmes de développement ?

a) X b) X c) X

Indiquer les aspects couverts parmi les suivants (*Oui/ Non*)

	a)	b)	c)
Prévention du VIH	X	X	X
Soins et appui	X	X	
Atténuation de l'impact du VIH et du SIDA	X	X	
Réduction des inégalités liées à la sexospécificité, s'agissant de la prévention/des soins dispensés dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA	X	X	
Réduction des inégalités liées aux revenus, s'agissant de la prévention/des soins dispensés dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA	X	X	
Autres :			

3. Votre pays a-t-il évalué l'impact du VIH et du SIDA sur son développement économique à des fins de planification ?

Oui	Non	Sans objet (S/O)
-----	-----	------------------

3.1 Si la réponse est OUI, dans quelle proportion prend-il des décisions éclairées d'allocation des ressources ? (*noter de faible proportion à forte proportion*)

faible										forte
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires:

Une étude est prévue, mais n'a pas encore eu l'occasion d'être réalisée. Le Cap Vert a une épidémie de basse prévalence et, malgré l'augmentation au long des vingt dernières années des décès liés au VIH/SIDA, le taux d'espérance de vie continue d'augmenter. Par ailleurs, avec l'introduction de l'accès universel au traitement ARV en Décembre de 2004, les perspectives relativement à la mortalité par le VIH/SIDA sont positives. Par ailleurs, face aux moyens disponibles, les études permettant de mieux comprendre la dynamique de l'épidémie (étude de la situation de vulnérabilité de groupes spécifiques, tel que les professionnelles du sexe, les utilisateurs de drogues injectables, enfants de rue, etc.), bien comme les études permettant de suivre l'évolution de l'épidémie et de l'accès aux services VIH/SIDA (Enquête Démographique incluant la sérologie du VIH, BSS, postes sentinelles), t été prioritaires.

4. Votre pays dispose-t-il d'un cadre d'action/d'une stratégie qui traite des questions en rapport avec le VIH et le SIDA au sein de ses services nationaux de personnels en uniforme, ses forces armées, ses forces de maintien de la paix et sa police ?

Oui	Non	Sans objet (S/O)
-----	-----	------------------

4.1 Si la réponse est OUI, quels aspects, parmi les suivants, ont été mis en œuvre ?

Prévention du VIH	Oui	Non
Soins et appui	Oui	Non

Conseil et test volontaires (VIH)	Oui	Non
Autres à préciser:	Oui	Non

Commentaires:

Étant donné la dimension des forces en uniforme au Cap Vert, bien que l'absence de facteur d'aggravation du risque (absence de conflits armés ou de mobilité accrue), il est considéré que les dispositions générales appliquées à tous les secteurs sont suffisantes. Comme pour d'autres secteurs, le Ministère de la Défense est Membre du CCS-SIDA, a un point focal, une unité sectorielle et un plan.

Le BBS - 2004 a été conduit auprès des forces en uniforme (forces armées, police et garde fiscale).

L'accès aux services de soins et appui et teste volontaire est fait à travers les services de santé, bien qu'il existe une facilité accrue de référence à travers des Dispensaire des Forces en Uniforme.

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts de planification de la stratégie des programmes de riposte au VIH et au SIDA?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:</i>											
<p>Le processus de planification de la stratégie en soit est multisectoriel depuis 2002 et veille à la participation des différents secteurs.</p> <p>Néanmoins, dans la mesure où les données disponibles augmentent, du point de vue de la surveillance intégrée et compréhension de la dynamique de l'épidémie, la planification stratégique est renforcée.</p> <p>Par ailleurs, depuis 2002, deux exercices d'élaboration de proposition au Fonds Mondial sont, malgré leur non approbation, d'importantes contributions intercalaires au processus de planification.</p>											

II. Appui politique

1. Le chef de votre gouvernement et/ou d'autres responsables haut placés parlent-ils publiquement et positivement des efforts de riposte au SIDA au moins deux fois par an ?

Chef de gouvernement OUI NON

Autres responsables haut placés OUI NON

2. Votre pays dispose-t-il d'un organe national de coordination/de gestion multisectoriel chargé de la question du VIH et du SIDA reconnu par la loi ? (Conseil ou comité national de lutte contre le SIDA)

<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans objet (S/O)
---	------------------------------	---

2.1 Si la réponse est OUI, quand a-t-il été créé ? Année : **2002**

2.2 A-t-il ?

Un mandat	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une composition prédéfinie incluant	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La société civile	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les personnes vivant avec le VIH	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le secteur privé	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un plan d'action	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un Secrétariat fonctionnel	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Date de la dernière réunion du Secrétariat	Date: <input checked="" type="checkbox"/> permanent	<input checked="" type="checkbox"/> Secrétariat

Commentaires:

Le rôle du CCS-SIDA inclut la facilitation de l'interaction entre gouvernement, les personnes vivant avec le VIH, le secteur privé et la société civile pour la mise en œuvre du plan stratégique multisectoriel, bien comme la coordination de la mise à disposition des services en rapport avec le VIH par des organisations de la société civile.

3. Votre pays dispose-t-il d'un organe national chargé de la question du VIH et du SIDA qui encourage une interaction entre le gouvernement, les personnes vivant avec le VIH, le secteur privé et la société civile pour mettre en œuvre les stratégies/les programmes de riposte au VIH et au SIDA?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Sans objet (S/O)
------------------------------	------------------------------	--

Un mandat	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une composition prédéfinie incluant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un plan d'action	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Un Secrétariat fonctionnel	Oui	Non
Date de la dernière réunion du Secrétariat	Date:	

Commentaires:

Prière voire le rôle du CCS-SIDA, qui est l'organe national de coordination/de gestion multisectoriel.

4. Votre pays dispose-t-il d'un organe national chargé que la question du VIH et du SIDA qui soutienne la coordination de la mise à disposition des services en rapport avec le VIH par des organisations de la société civile

Oui	Non	Sans objet (S/O)
-----	-----	------------------

Un mandat	Oui	Non
Une composition prédéfinie incluant	Oui	Non
Un plan d'action	Oui	Non
Un Secrétariat fonctionnel	Oui	Non
Date de la dernière réunion du Secrétariat	Date:	

Commentaires:

Prière voire le rôle du CCS-SIDA, qui est l'organe national de coordination/de gestion multisectoriel.

Globalement, quelle note attribueriez-vous au soutien accordé aux programmes de riposte au VIH et au SIDA?											
2005	Faible										Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003	Faible										Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:</i>											
Depuis 2003 on assiste à l'augmentation de l'appui politique, a travers soit de l'expression directe du Chef de gouvernement et autres responsables haut placés, soit de la définition de politiques nationales telles que l'accès universel aux ARV.											
La dynamique de la réponse la société civile a également augmenté, soit au niveau central, soit au niveau décentralisé, bien comme l'engagement multisectoriel, incluant les différents secteurs.											
Le soutien aux PVVIH a augmenté, reflété dans une visibilité accrue des PVVIH.											

III. Prévention

1. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie de promotion de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) sur le VIH et le SIDA auprès de l'ensemble de la population?

Oui	Non	Sans objet (S/O)
-----	-----	------------------

1.1 Au cours de l'année dernière, avez-vous mis en œuvre un programme actif de promotion d'informations précises sur le VIH et le SIDA par l'intermédiaire des médias? OUI NON

Commentaires:

2. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie de promotion d'une éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH et du SIDA destinée aux jeunes ?

Oui	Non	Sans objet (S/O)
-----	-----	------------------

2.1 L'enseignement relatif au VIH fait-il partie des programmes dans :

Les écoles primaires ?

OUI NON

Les écoles secondaires ?

OUI NON

2.2 Le programme/la stratégie fournit-il/elle le même enseignement sur la santé sexuelle et reproductive aux jeunes hommes et aux jeunes femmes ? OUI NON

Commentaires:

Plusieurs programmes implémentent l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, tant au niveau de l'enseignement formel, comme en dehors du contexte scolaire
Un virage s'effectue depuis 2003 vers l'intégration des thèmes IST/VIH/SIDA dans l'enseignement formel (primaire et secondaire) dans une perspective de compétences sociales. L'abordage par les compétences sociales gagne également du terrain auprès des jeunes en dehors de l'école, à travers les Centres de Jeunesse, ONG et associations.

3. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie de promotion de l'IEC et d'autres interventions de santé préventive destinée aux populations les plus à risque?

Oui	Non	Sans objet (S/O)
-----	-----	------------------

3.1 Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie pour les populations les plus à risque ?

3.2

Consommateurs de drogues injectables, y compris : - Information, éducation et conseil sur la réduction des risques ? - Programmes d'échanges d'aiguilles et de seringues ? - Services de traitement ? - Si oui, traitement de substitution?	Oui Oui Oui Oui	Non Non	S/O
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ?	Oui	Non	S/O
Professionnel(le)s du sexe ?	Oui	Non	S/O
Détenus ?	Oui	Non	S/O
Migrants transfrontaliers, populations mobiles ?	Oui	Non	S/O
Réfugiés et/ou populations déplacées	Oui	Non	S/O
Autres populations les plus à risque ? <i>Prière de préciser</i>	Oui	Non	S/O
ENFANT DE E EN SITUATION DE RUE			

Commentaires:

4. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie destinée à élargir l'accès, y compris parmi les populations les plus à risque, aux principaux services liés à la prévention? (Ces services incluent – mais ne sont pas limités à – l'accès au conseil et test volontaires et confidentiels, les préservatifs, les aiguilles stériles et les médicaments destinés à traiter les IST)

Oui	Non	Sans objet (S/O)
------------	------------	-------------------------

4.1 Disposez-vous de programmes à l'appui de cette politique ou de cette stratégie?

Un programme de marketing social du préservatif?	Oui	Non
Un programme de sécurité transfusionnelle?	Oui	Non
Un programme destiné à garantir des injections sans risque dans les centres de soins?	Oui	Non
Un programme sur le dépistage prénatal de la syphilis?	Oui	Non
Autres programmes? <i>Prière de préciser</i>	Oui	Non

Commentaires:

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux politiques développées dans le cadre de la prévention?											
2005		Faible									Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003		Faible									Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:</i>											

On note des progrès au niveau de type d'abordage pour le IEC, avec un virage vers la communication interpersonnelle et la centration sur la communication pour le changement de comportement. Les document d'encadrement du CDV et PTME sont élaborés, l'accès au conseil anonyme et volontaire est accru, le programme de PTME finit sa première année de mise en œuvre. Par ailleurs des programmes déjà en cours sont renforcés (sécurité transfusionnelle, précautions universelles, etc.), leurs documents d'encadrement sont produits.

5. Parmi les activités de prévention suivantes, quelles sont celles mises en œuvre en 2003 et en 2005 en faveur de la stratégie/la politique de prévention du VIH ?

(Vérifier tous les programmes qui sont mis en œuvre au-delà de l'étape pilote et couvrent une partie significative des populations urbaines et rurales).

	2003	2005
a. Un programme de promotion d'informations précises sur le VIH et le SIDA par l'intermédiaire des médias	a. _____	a. <input checked="" type="checkbox"/> _____
b. Un programme de marketing social des préservatifs	b. <input checked="" type="checkbox"/> _____	b. <input checked="" type="checkbox"/> _____
c. Un enseignement relatif au SIDA en milieu scolaire pour les jeunes	c. <input checked="" type="checkbox"/> _____	c. <input checked="" type="checkbox"/> _____
d. Des messages destinés à faire évoluer les comportements	d. _____	d. <input checked="" type="checkbox"/> _____
e. Le conseil et le test volontaires	e. <input checked="" type="checkbox"/> _____	e. <input checked="" type="checkbox"/> _____
f. Des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe	f. _____	f. _____
g. Des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	g. _____	g. _____
h. Des programmes destinés aux CDI, le cas échéant	h. _____	h. _____
i. Des programmes destinés aux autres groupes de population les plus à risque	i. _____	i. _____
j. La sécurité transfusionnelle	j. <input checked="" type="checkbox"/> _____	j. <input checked="" type="checkbox"/> _____
k. Des programmes de prévention de la TME du VIH	k. _____	k. <input checked="" type="checkbox"/> _____
l. Des programmes pour garantir des précautions systématiques dans les centres de soins	l. <input checked="" type="checkbox"/> _____	l. <input checked="" type="checkbox"/> _____
m. Autres : <i>(Prière de préciser)</i>	m. _____	m. _____

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH?											
2005		Faible									Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003		Faible									Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:</i>											
On assiste à la massification des messages médias, à l'augmentation de la prise de conscience et de l'engagement à tous les niveaux, l'accès au matériel et à l'information interpersonnelle augmentent, des stratégies spécifiques pour l'éducation et pour les jeunes hors contexte											

scolaire sont mises en œuvre. La distribution du préservatif est repensée et élargie, l'accès au teste anonyme et volontaire est accrue. Les activités envers les groupes les plus vulnérables sont amorcées. Les programmes déjà en cours sont renforcés (transfusion, précautions universelles, etc.).

IV. Soins et appui

1. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie de promotion des soins et d'un appui complets pour le VIH et le SIDA, mettant suffisamment l'accent sur les obstacles auxquels les femmes, les enfants et les populations les plus à risque sont confrontés ? (Les soins complets incluent – mais ne sont pas limités – au conseil et test volontaires, à la prise en charge psychosociale, à l'accès aux médicaments, et aux soins dispensés au domicile et dans la communauté.)

Oui	Non	Sans objet (S/O)
-----	-----	------------------

2. Parmi les activités suivantes, quelles sont celles qui ont été mises en œuvre dans le cadre des programmes de soins et de traitement du VIH et du SIDA

	2003	2005
a. Dépistage du VIH dans le sang destiné aux transfusions	a. <input checked="" type="checkbox"/>	a. <input checked="" type="checkbox"/>
b. Précautions systématiques	b. <input checked="" type="checkbox"/>	b. <input checked="" type="checkbox"/>
c. Traitement des infections opportunistes	c. <input checked="" type="checkbox"/>	c. <input checked="" type="checkbox"/>
d. Traitement antirétroviral	d. <input type="checkbox"/>	d. <input checked="" type="checkbox"/>
e. Soins nutritionnels	e. <input type="checkbox"/>	e. <input type="checkbox"/>
f. Soins prodigués en présence d'IST	f. <input checked="" type="checkbox"/>	f. <input checked="" type="checkbox"/>
g. Service de planning familial	g. <input type="checkbox"/>	g. <input checked="" type="checkbox"/>
h. Appui psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leur famille	h. <input checked="" type="checkbox"/>	h. <input checked="" type="checkbox"/>
i. Soins à domicile	i. <input type="checkbox"/>	i. <input type="checkbox"/>
j. Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH : pneumonie, candidose buccale, candidose vaginale et tuberculose pulmonaire (DOTS)	j. <input checked="" type="checkbox"/>	j. <input checked="" type="checkbox"/>
k. Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH	k. <input type="checkbox"/>	k. <input checked="" type="checkbox"/>
l. Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre de sa profession, viol)	l. <input type="checkbox"/>	l. <input checked="" type="checkbox"/>
m. Autres : (Prière de préciser)	m. <input type="checkbox"/>	m. <input type="checkbox"/>

Commentaires:

L'appui psychosocial dans le secteur santé se traduit essentiellement par le suivi psychologique au niveau local (Centres de Santé) de la personne séropositive et de sa famille. Depuis 2003 cet appui a été augmenté.

De même les précautions systématiques ont été substantiellement renforcées.

Le programme national de nutrition intègre actuellement la question de l'allaitement en contexte de séropositivité pour le VIH. Néanmoins l'appui nutritionnel, comme l'appui psychosocial, sont gérés en collaboration avec la société civile. la question du VIH/SIDA.

Les activités d'appui psychosocial aux PVVIH et familles affectées prévoient l'appui alimentaire et l'appui à la production agricole).

Il existe des perspectives pour la systématisation d'une stratégie pour l'appui nutritionnel en collaboration avec la FAO

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts des programmes de soins et de traitement du VIH et du SIDA?											
2005	Faible										Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003	Faible										Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:</i>											
Les soins des infections opportunistes et l'appui psychologique ont été renforcés, mais surtout, il y a eu un passage à une perspective de soins intégrés dans le contexte de la politique ARV, avec le renforcement de chaque point de la chaîne.											

3. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires en rapport avec le VIH et le SIDA des enfants rendus orphelins et des autres enfants vulnérables

Oui	Non	Sans objet (S/O)
------------	-----	------------------

3.1 Si la réponse est OUI, existe-t-il dans le pays une définition opérationnelle pour les enfants rendus orphelins et les autres enfants vulnérables

Si la réponse est OUI, prière d'indiquer cette définition :

Les orphelins de père et mère qui ne bénéficient d'aucun appui d'un adulte, ce qui inclut les orphelins chefs de famille.

Les enfants séparés du père et de la mère et qui vivent dans des institutions ou dans des maisons où ils ont été accueillis.

Les orphelins de père ou de mère qui ne reçoivent aucun appui du progéniteur encore en vie.

Les orphelins de père et de mère qui vivent dans des familles très pauvres.

3.2 Parmi les activités suivantes, quelles sont celles mises en place dans le cadre des programmes destinés aux enfants rendus orphelins et aux autres enfants vulnérables

	2003	2005
Paiement des frais d'inscription à l'école des enfants rendus orphelins et des autres enfants vulnérables		X
Programmes communautaires		
Autres : (Prière de préciser)		

Commentaires:

Les orphelins et autres enfants vulnérables sont appuyés dans leur scolarité, mais l'appui se matérialise surtout pour le matériel scolaire, transport scolaire et uniforme, étant donné que l'accès à l'école primaire est universel et gratuit (6 ans) et que le système secondaire prévoit des situations où les jeunes sont exemptés des frais d'inscription. L'appui à l'alimentation est aussi courant.

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts engagés pour répondre aux besoins des enfants rendus orphelins et des autres enfants vulnérables?											
2005	Faible										Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003	Faible										Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:</i>											
Les efforts entrepris tiennent en compte le contexte de basse prévalence du pays, le nombre réduit d'orphelins pour causes autres que le VIH/SIDA (malaria, guerre, etc.), de même que le système de solidarité sociale fonctionnel pour l'absorption d'enfants orphelins. Des efforts importants d'identification de cas d'enfants qui nécessitent d'appui ont été entrepris au niveau national et local. Les premières initiatives d'appui sont en cours.											

V. Suivi et évaluation

1. Votre pays dispose-t-il d'un plan national de suivi et d'évaluation ?

Oui	Non	En cours d'élaboration	Années couvertes: 2002-2006
-----	-----	------------------------	-----------------------------

1.1 Si la réponse est OUI, a-t-il été avalisé par les partenaires-clés de l'évaluation ?

OUI NON ___

Commentaires:

Le plan a été présenté et discute lors d'une réunion élargie du CCS-SIDA (membres du Comité + partenaires multilatéraux et bilatéraux).

1.2 Le plan de suivi et d'évaluation a-t-il été élaboré en consultation avec les représentants de la société civile et les personnes vivant avec le VIH

OUI NON ___

A l'époque de l'élaboration du plan de S&E il n'y avait pas de PVVIH assumées publiquement. Plusieurs rencontres ont été faites, pendant le processus d'élaboration du plan, avec les différents partenaires, incluant les principales ONG.

2. Le plan de suivi et d'évaluation inclut-il ?

Une stratégie de collecte et d'analyse des données?	Oui	Non
Un ensemble normalisé défini d'indicateurs?	Oui	Non
Des directives sur les outils de collecte des données?	Oui	Non
Une stratégie pour évaluer la qualité et l'exactitude des données?	Oui	Non
Une stratégie de diffusion et d'utilisation des données?	Oui	Non

3. Existe-t-il un budget pour le plan de suivi et d'évaluation ?

Oui	Non	En cours d'élaboration	Années couvertes: 2002-2006
-----	-----	------------------------	-----------------------------

3.1 Si la réponse est OUI, son financement est-il assuré ? OUI NON ___

(Pour la période 2002-2006)

4. Existe-t-il une Unité ou un Département fonctionnel de suivi et d'évaluation?

Oui	Non	En cours d'élaboration
-----	-----	------------------------

Si la réponse est OUI,

basé au CNLS ou à l'organe équivalent ?

OUI NON ___

basé au Ministère de la Santé ?

OUI ___ NON ___

Ailleurs ? Prière de préciser

4.1 *Si la réponse est OUI*, des mécanismes ont-ils été mis en place pour s'assurer que tous les principaux partenaires chargés de la mise en œuvre remettent leurs rapports à cette Unité ou à ce Département ? OUI **X** NON ____

Commentaires:

Malgré la mise en place de mécanismes, les systèmes et structures de S&E des partenaires sont faibles, surtout quand on descend au niveau sous national. Hors mis le secteur Santé, les partenaires de tous secteurs, méconnaissent l'importance des données pour mesurer le progrès. Le flux d'information est loin d'être le désirable.

4.2 Un administrateur à plein temps responsable des activités de suivi et d'évaluation du programme national a-t-il été désigné

Oui, à plein temps	Oui, à temps partiel	Pas d'administrateur responsable du suivi/ de l'évaluation
---------------------------	----------------------	--

4.3 *Si la réponse est OUI*, depuis quand ? : Année **Sept 2002**

5. Existe-t-il un comité ou un groupe de travail qui se réunit régulièrement pour coordonner les activités de suivi et d'évaluation

Oui, de manière régulière	Oui, de manière irrégulière	Non	Date de la dernière réunion :
----------------------------------	-----------------------------	------------	-------------------------------

5.1 Inclut-il un représentant de la société civile, des personnes vivant avec le VIH ?

Deux instances ont été créées, mais doivent être opérationnalisées.

La première se situe au niveau du CCS-SIDA (dans le contexte de la création de sous-groupes de travail spécialisés, avec représentation multisectorielle).

La seconde se situe au niveau de la Santé, et vise l'analyse des données épidémiologiques dans une logique de surveillance de seconde génération (groupe élargie à des techniciens en dehors de la Santé – d'institutions multi e bilatérales, CCS-SIDA, etc.).

6. Les programmes des différents organismes ont-ils été examinés pour harmoniser les indicateurs de suivi et d'évaluation avec ceux de votre pays

Oui	Non	S/O
-----	------------	-----

7. Dans quelle proportion (noter de faible proportion à forte proportion) les Nations Unies, les organisations bilatérales et les autres organisations partagent-elles les résultats de leurs enquêtes de suivi et d'évaluation

faible					forte					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires:

8. L'Unité de suivi et d'évaluation gère-t-elle une base de données nationale centralisée

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

8.1 Si la réponse est OUI, de quel type ? ____ Access_+_ première incursion avec le CRIS

9. Existe-t-il un Système fonctionnel d'information sur la santé* ?

Niveau national OUI NON ____
Niveau sous-national* OUI NON ____

Commentaires:

Le niveau sous national sont les Délégations de Santé, dans les Municipalités, et travaillent les données épidémiologiques locales.

10. Existe-t-il un Système fonctionnel d'information sur l'éducation?

Niveau national OUI NON ____
Niveau sous-national* OUI ____ NON ____

* Si la réponse est OUI, prière de préciser le niveau (ex : district)

11. Votre pays publie-t-il au moins une fois par an un rapport d'évaluation sur le VIH et le SIDA, y compris des rapports de surveillance du VIH

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

12. Dans quelle proportion (noter de faible proportion à forte proportion) les informations stratégiques sont-elles utilisées pour la planification et la mise en œuvre ?

Commentaires :

Les données sont utilisées pour la planification et mise en œuvre de forme satisfaisante au niveau central, ce qui ne s'applique pas le plus le niveau est décentralisé.

13. Une formation en matière de suivi et d'évaluation a-t-elle été organisée l'an dernier

Au niveau national	Oui	Non
Au niveau sous-national*	Oui	Non
Incluant la société civile ?	Oui	Non

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts de suivi et d'évaluation des programmes de riposte au VIH et au SIDA?											
2005	Faible										Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003	Faible										Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:</i>											
Un grand effort a été fait pour que les données qui permettent de comprendre et suivre l'évolution de l'épidémie soient disponibles, permettant d'approfondir l'analyse de la situation. Des efforts de fortification des systèmes de suivi et évaluation des programmes ont été fait, avec quelques résultats encourageants, en particulier dans le secteur santé.											

Partie B du questionnaire sur l'Indice composite des politiques nationales

I. Droits de la personne

- 1. Votre pays dispose-t-il de lois et de réglementations qui protègent de la discrimination les personnes vivant avec le VIH et le SIDA (telles que des dispositions générales non discriminatoires ou des dispositions mentionnant spécifiquement le VIH, s'articulant autour de la scolarisation, de la question du logement, de l'emploi, etc.)**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Commentaires :

Son développement est prévu, mais la Constitution de la République garanti tous les droits mentionnés pour tout citoyen sans discrimination.

- 2. Votre pays dispose-t-il de lois et de réglementations non discriminatoires qui stipulent des protections pour certains groupes de personnes identifiés comme particulièrement vulnérables à la discrimination liée au VIH et au SIDA (ex : des groupes tels que les CDI, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les jeunes, les populations mobiles et les détenus) ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Si la réponse est OUI, prière de donner une liste de ces groupes :

La Constitution de la République consacre le principe de la non discrimination.

- 3. Votre pays dispose-t-il de lois et de réglementations qui font obstacle à une prévention et à de soins efficaces liés au VIH pour les populations les plus à risque ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

La Constitution de la République consacre le droit indiscriminé à l'accès à l'éducation, santé, etc.

Plusieurs éléments de groupes vulnérables, tels que les UDI, sont actuellement sou traitement ARV (tous ceux, de groupes vulnérables ou non, qui remplissent les critères cliniques pour initier la thérapie ARV).

Si la réponse est OUI, prière de fournir une liste :

- 4. La promotion et la protection des droits de la personne sont-elles explicitement mentionnées dans la politique/la stratégie de riposte au VIH et au SIDA ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Commentaires :

Le développement de législation spécifique est prévu. Un Député national a participé dans une initiative sous-régional et le modèle de loi publié devra être étudié pour adaptation.

5. Votre gouvernement a-t-il, par le biais d'un appui politique et financier, favorisé la participation des populations vulnérables à la conception des politiques publiques en rapport avec le VIH et à la mise en œuvre des programmes ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Si la réponse est OUI, fournir une liste de ces groupes :

Depuis que quelques personnes séropositives ont fait savoir publiquement leur statut, leur participation est active dans plusieurs programmes et projets et dans les différents processus de planification et de validation (Document du Fond Mondial, nouveau plan stratégique).

Plusieurs personnes issues des groupes cible ont participé à l'Atelier de validation de l'étude de la vulnérabilité des UDI et professionnelles du sexe.

Néanmoins, la structuration des groupes en associations d'autopromotion et protection est très embryonnaire, ce qui ne facilite pas la participation et le processus de donner voix aux représentants des groupes.

6. Votre pays dispose-t-il d'une politique qui assure aux hommes et aux femmes un accès équitable à la prévention et aux soins ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Commentaires :

La Constitution de la République consacre le principe de la non discrimination et de l'équité de l'accès des femmes et des hommes à la santé, éducation, etc.

7. Votre pays dispose-t-il d'une politique qui assure aux populations les plus à risque un accès équitable à la prévention et aux soins

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Commentaires :

La Constitution de la République consacre le principe de la non discrimination et de l'équité de l'accès de tout citoyen à la santé, éducation, etc.

8. Votre pays dispose-t-il d'une politique interdisant le dépistage du VIH dans le cadre global de l'emploi (nomination, promotion, formation, attribution d'avantages sociaux)

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

La Constitution de la République consacre le principe de la non discrimination et de l'égalité d'opportunité et de traitement du citoyen.

9. Votre pays dispose-t-il d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH et le SIDA impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique national/local

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

9.1 Si la réponse est OUI, le comité d'éthique inclut-il des représentants de la société civile et des personnes vivant avec le VIH

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Commentaires :

Un Comité d'Ethique Ad Hoc indépendant a été créé pour l'analyse du Project de l'Enquête Démographique incluant le teste du VIH, avec la participation d'institutions de l'enseignement supérieur, Ordre des Médecins et des Avocats, Confessions Religieuses, ONG, entre autres. Le document issu du Comité avait une valeur de détermination.

Le Ministère de la Santé crée actuellement un comité d'éthique pour leurs projets d'investigation de protocoles biomédicaux.

10. Votre pays dispose-t-il des mécanismes suivants de suivi et d'application

Collecte d'informations sur les questions des droits de la personne, du VIH et du SIDA, et exploitation de ces informations pour réformer les politiques et les programmes	OUI	NON
Existence d'institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de la personne, y compris des commissions pour les droits de la personne, des commissions pour la réforme des lois et des médiateurs qui étudient les questions liées au VIH et au SIDA dans le cadre de leur travail	OUI	NON
Mise en place de points focaux au sein du Ministère de la Santé et d'autres ministères publics pour surveiller les infractions aux droits de la personne en rapport avec le VIH	OUI	NON
Élaboration d'indicateurs de performance ou de référentiels permettant d'évaluer le degré de respect de droits de la personne normalisés dans le cadre de la riposte au VIH	OUI	NON

11. Les membres du système judiciaire ont-ils été formés/sensibilisés aux questions touchant aux droits de la personne, au VIH et au SIDA susceptibles d'être abordées dans le cadre de leur travail

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Les premières initiatives ont été menées au niveau central avec des groupes de magistrats et de juristes.

12. Les services d'appui juridique suivants sont-ils disponibles dans votre pays

Systèmes d'aide juridique pour la prise en charge des cas de personnes vivant avec le VIH et le SIDA	OUI	NON
Appui de l'État aux cabinets de conseil juridique du secteur privé ou	OUI	NON

aux centres universitaires pour qu'ils fournissent des services juridiques gratuits aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA dans des domaines tels que la discrimination		
Programmes d'éducation et de sensibilisation destinés aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA au sujet de leurs droits	OUI	NON

13. S'agissant du VIH et du SIDA, existe-t-il des programmes conçus pour faire évoluer les attitudes discriminatoires et stigmatisantes de la société afin de parvenir à plus de compréhension et de tolérance

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux politiques, aux lois et aux réglementations en vigueur visant à promouvoir et à protéger les droits de la personne dans le contexte du VIH et du SIDA ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:</i>											

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts destinés à faire appliquer les politiques, lois et réglementations existantes ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:</i>											
<p>Dans le contexte des garanties de base que la Constitution défend, les droits des PVVIH sont garantis comme pour tout citoyen, et un effort discriminatoire par la positive est mené pour que leurs droits soient respectés, notamment au niveau du secteur santé. Plusieurs messages des campagnes IEC dans les médias sont centrés sur la question de la non discrimination, de même que le thème fait parti des matériels publiés et des initiatives de sensibilisation.</p>											

II. Participation de la société civile

1. Dans quelle proportion (noter de faible proportion à forte proportion) la société civile a-t-elle apporté une contribution significative au renforcement de l'engagement politique des personnalités haut placées et à la formulation des politiques nationales

faible					forte					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Dans quelle proportion (noter de faible proportion à forte proportion) les représentants de la société civile ont-ils participé au processus de planification et de budgétisation du Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le SIDA ou au plan d'action actuel (assistance aux réunions de planification et à l'examen des projets)

faible					forte					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Dans quelle proportion (noter de faible proportion à forte proportion) les services gratuits fournis par la société civile dans les domaines de la prévention et des soins sont-ils inclus dans les plans et les rapports stratégiques nationaux

faible					forte					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Votre pays a-t-il réalisé un examen périodique national du Plan stratégique avec la participation de la société civile

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Mois Année **Septembre 2004**

5. Dans quelle proportion (noter de faible proportion à forte proportion) votre pays dispose-t-il d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH et le SIDA impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique indépendant

national/local auquel des personnes vivant avec le VIH et des prestataires de soins participent

faible					forte					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Une telle politique n'existe pas. Les garanties de protection des droits des citoyens est la référence de base (Constitution). Des Comités d'Éthique on déjà fonctionné de forme Ad Hoc pour les études sur le VIH/SIDA.

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts destinés visant à accroître la participation de la société civile ?											
2005	Faible										Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003	Faible										Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:</i>											
L'intérêt et mobilisation de la société civile pour la participation dans la lutte contre le SIDA a beaucoup augmenté.											

III. Prévention

1. Parmi les activités de prévention suivantes, quelles sont celles qui ont été mises en œuvre en 2003 et en 2005 en faveur de la politique/la stratégie de prévention du VIH

(Vérifier tous les programmes qui sont mis en œuvre au-delà de l'étape pilote et couvrent une partie significative des populations urbaines et rurales).

	2003	2005
a. Un programme de promotion d'informations précises sur le VIH et le SIDA par l'intermédiaire des médias	a. _____	a. _____ <input checked="" type="checkbox"/>
b. Un programme de marketing social des préservatifs	b. _____ <input checked="" type="checkbox"/>	b. _____ <input checked="" type="checkbox"/>
c. Un enseignement relatif au SIDA en milieu scolaire pour les jeunes	c. _____ <input checked="" type="checkbox"/>	c. _____ <input checked="" type="checkbox"/>
d. Des messages destinés à faire évoluer les comportements	d. _____ <input checked="" type="checkbox"/>	d. _____ <input checked="" type="checkbox"/>
e. Le conseil et test volontaires	e. _____ <input checked="" type="checkbox"/>	e. _____ <input checked="" type="checkbox"/>
f. Des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe	f. _____	f. _____
g. Des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	g. _____	g. _____
h. Des programmes destinés aux CDI, le cas échéant	h. _____	h. _____ <input checked="" type="checkbox"/>
i. Des programmes destinés aux autres groupes de population les plus à risque ¹²	i. _____	i. _____
j. La sécurité transfusionnelle	j. _____ <input checked="" type="checkbox"/>	j. _____ <input checked="" type="checkbox"/>
k. Des programmes de prévention de la TME du VIH	k. _____ <input checked="" type="checkbox"/>	k. _____ <input checked="" type="checkbox"/>
l. Des programmes garantissant des injections sans risque dans les milieux sanitaires	l. _____ <input checked="" type="checkbox"/>	l. _____ <input checked="" type="checkbox"/>
m. Autres : (Prière de préciser)	m. _____	m. _____

Note: les partenaires qui ont contribué au questionnaire se réfèrent aux initiatives dans le pays, secteur santé inclut, et non seulement aux initiatives de la société civile

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts engagés pour la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:											
L'accès aux initiatives de prévention a été élargi (plus d'initiatives, de masse et de communication interpersonnelle, tant au niveau central comme décentralisé, pour plus de groupes cible).											

IV. Soins et appui

1. Parmi les activités suivantes, quelles sont celles qui ont été mises en œuvre dans le cadre des programmes de soins et de traitement du VIH et du SIDA

	2003	2005
a. Dépistage du VIH dans le sang destiné aux transfusions	a. <input checked="" type="checkbox"/>	a. <input checked="" type="checkbox"/>
b. Précautions systématiques	b. <input checked="" type="checkbox"/>	b. <input checked="" type="checkbox"/>
c. Traitement des infections opportunistes	c. <input checked="" type="checkbox"/>	c. <input checked="" type="checkbox"/>
d. Traitement antirétroviral	d. <input type="checkbox"/>	d. <input checked="" type="checkbox"/>
e. Soins nutritionnels	e. <input type="checkbox"/>	e. <input checked="" type="checkbox"/>
f. Soins prodigués en présence d'IST	f. <input checked="" type="checkbox"/>	f. <input checked="" type="checkbox"/>
g. Service de planning familial	g. <input type="checkbox"/>	g. <input checked="" type="checkbox"/>
h. Appui psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leur famille	h. <input checked="" type="checkbox"/>	h. <input checked="" type="checkbox"/>
i. Soins à domicile	i. <input type="checkbox"/>	i. <input type="checkbox"/>
j. Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH : pneumonie, candidose buccale, candidose vaginale et tuberculose pulmonaire (DOTS)	j. <input checked="" type="checkbox"/>	j. <input checked="" type="checkbox"/>
k. Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH	k. <input type="checkbox"/>	k. <input checked="" type="checkbox"/>
l. Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre de sa profession, viol)	l. <input type="checkbox"/>	l. <input checked="" type="checkbox"/>
m. Autres : (<i>Prière de préciser</i>)	m. <input type="checkbox"/>	m. <input type="checkbox"/>

Note: les partenaires qui ont contribué au questionnaire se réfèrent essentiellement aux initiatives de secteur santé. En effet il est prévu, comme option initiale pour l'introduction du TARV, que seule la santé intervienne. La société civile intervient néanmoins pour l'appui psychosocial et nutritionnel et une ONG nationale gère quelques centres de santé reproductive, avec une intervention dans le traitement des ISTs.

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts engagés par les programmes de soins et de traitement du VIH et du SIDA ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:</i>											
Le centre de la dynamique d'implémentation est passé d'une centration sur la prévention à un abordage intégré qui tiens compte des nécessités de traitement, soins et appui psychosocial des PVVIH et familles affectées.											

2. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires en rapport avec le VIH et le SIDA des rendus orphelins et des autres enfants vulnérables

<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> S/O
---	------------------------------	------------------------------

2.1 Parmi les activités suivantes, quelles sont celles mises en place dans le cadre des programmes destinés aux enfants rendus orphelins et aux autres enfants vulnérables

	2003	2005
Paiement des frais d'inscription scolaire des enfants rendus orphelins et des autres enfants vulnérables (plutôt appui en matériel scolaire, uniforme, transport, alimentation, médicaments, selon les nécessités)		X
Programmes communautaires		
Autres : (Prière de préciser)		

Commentaires :

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts engagés pour répondre aux besoins des enfants rendus orphelins et des autres enfants vulnérables ?											
2005		Faible									Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003		Faible									Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci:											
Un grand effort pour l'identification et encadrement des enfants en difficulté a été entrepris, quand avant, pratiquement tout était laissé au système traditionnel de solidarité sociale, qui, malgré son bon fonctionnement en général, ne donne pas réponse à tous les cas ou à tous les besoins.											

LISTE DES RÉPONDANTS

Nom	Fonction
CCS-SIDA	
1. Artur Correia	Secrétaire Exécutif
2. José António dos Reis	Point Focal Société Civile
3. Gil Évora	Point Secteur Publique
4. Clara Barros	Responsable Suivi & Évaluation
5. Celina Ferreira	Program Officer
Secteur Santé	
1. Jaqueline Perreira	Directrice du PLS / Membre CCS-SIDA
2. Maria de Lourdes Monteiro	Directrice du Service d'Épidémiologie / Membre CCS-SIDA
Autre Secteur Publique	
1. Cristina Andrade	Secrétaire Exécutif du CCCD / Ministère de la justice (Commission de Coordination du Combat à la Drogue) / Membre CCS-SIDA
Société Civile	
1. Marísia Nascimento	VERDEFAM
2. Fátima Alves	MORABI
3. Josefina Chantre	OMCV
4. Arminda Barros	PLATAFORMA DAS ONGs
5. Ludhumila Freire	ACRIDES
6. Irmã Marie Agnes	CARITAS DE CABO VERDE
Partenaires	
1. Gaby Supé	Directrice du Projet Santé Reproductive / GTZ
2. Iolanda Estrela	OMS
3. Paula Maximiliano	Joint Offices UN
4. Imana Bernard	Point Focal ONUSIDA/Pays
5. Elizabeth Coutinho	Point Focal SIDA/PNUD

ANNEXE 4

Formulaires pour les Indicateurs de Programme et d'impact

(Voire Fichier annexe)

Relativement à l'entrée des données dans le CRIS nous avons les problèmes suivant à signaler :

- ⚠ L'entrée de nombres unitaires na pas été possible pour les indicateurs GE-7 et GE-16. L'unité demandée est milliers, mais le système n'accepte qu'un maximum de 2 chiffres au delà de la virgule (séparateur décimal)
- ⚠ Deux indicateurs (GE-15 et GE-16) n'ont pas de calcul final parce que le système n'accepte pas de dénominateur nul. Néanmoins, pour le GE-15, les postes sentinelle au Cap Vert sont tous urbain ou semi urbain, d'après la classification ONUSIDA. Relativement au GE-16, le programme ARV au Cap Vert a été lancé le 1^{ier} Décembre 2004, donc les peux de cas qui ont initié une TARV il y as au moins 12 mois sont ceux de Décembre de 2004, où ne s'incluent aucun enfant.
- ⚠ La version « CRIS remplis » est dans le rapport en papier.