

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA CHEZ
LES POPULATIONS HAUTEMENT VULNERABLES



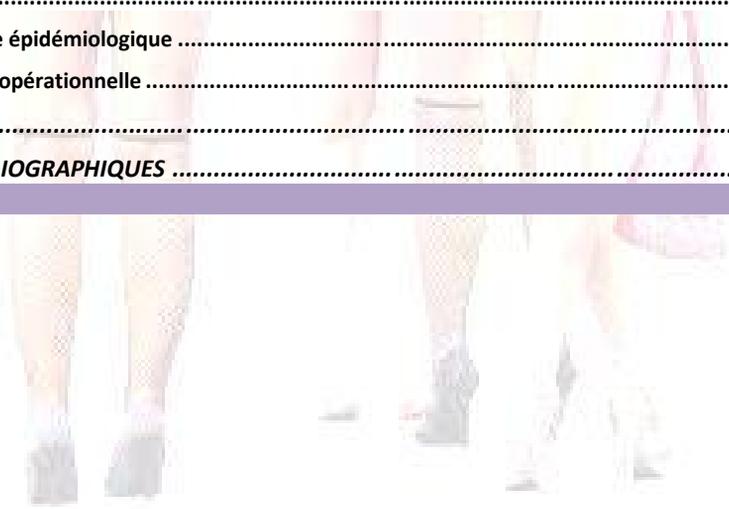
**POLITIQUE NATIONALE DE
LUTTE CONTRE LE SIDA EN DIRECTION DES
POPULATIONS HAUTEMENT VULNERABLES**

Octobre 2011

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ACRONYMES	4
PREFACE	6
REMERCIEMENTS	7
INTRODUCTION	8
I. DEFINITIONS	9
I .1 Définition des Populations Hautement Vulnérables	9
I.1.1. La prostitution	9
I .1.1.2. Homosexualité	11
A. Définition de l’homosexualité	11
I .1.1.3 Populations carcérales	12
I .1.1.4 Usagers de drogues	13
II. ANALYSE DE LA SITUATION DES PHV	14
II.1 Situation des PHV dans le monde	14
II.2 Situation des PHV en Afrique	17
II .3 Situation des PHV en Côte d’Ivoire	18
III. CADRE JURIDIQUE ET INSTITUTIONNEL	20
III .1 Cadre juridique.....	20
III .2 Cadre institutionnel	21
III .2.1 Composante Administrative	21
III.2.1.1 Niveau central	21
III.2.1.2 Niveau intermédiaire	22
III.2.1.3 Niveau périphérique	23
IV. ORIENTATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN DIRECTION DES PHV	26
IV.1 Défi.....	26
IV.2 Vision	27
IV.3 But.....	27
IV.4 Objectif	27
IV.5 Missions	27
IV.6 Stratégies.....	27
IV.6.1 Multisectorialité	27
IV.6.2 Décentralisation	28
IV.6.3 Gestion Axée sur les Résultats	28
IV.6.4 Bonne Gouvernance	28
IV.6.6 Genre, Droits Humains et Equité	29
IV.6.7 Respect de l’environnement	29
IV.6.8 Intégration des programmes et des Services	30
V.1 Prévention	31
V.1.1 Communication pour le Changement de Comportement	31
V.1.2 Prise en charge des IST	31
V.1.3 Renforcement des capacités	32

V.2 Impact socio économique	32
V.2.1 Renforcement des capacités	32
V.2.3 Empowerment	32
V.3 Gouvernance et gestion de la réponse nationale	32
V.3.1 Coordination	33
V.3.2 Mobilisation et Gestion des ressources	33
V.3.3 Renforcement des capacités en gestion des ressources	34
VI. MECANISME DE SUIVI EVALUATION	34
VI.1 Planification	34
VI.3 Activités de suivi	37
VI.3.1 Supervision	38
VI.3.2 Gestion et contrôle de la qualité des données	38
VI.4 Outils de collecte	38
VI.6 Evaluation	40
VI.7 Surveillance épidémiologique	40
VI.6 Recherche opérationnelle	40
CONCLUSION	41
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	42



SIGLES ET ACRONYMES

AGR	Activité Génératrice de Revenus (p37)
BM	Banque Mondiale (p24)
CCC	Communication pour le Changement de Comportement (p35)
CCLS	Conseil Communal de Lutte contre le Sida (p26)
CCM	Country Coordinating Mechanism
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDLS	Conseil Départemental de Lutte contre le Sida (p25)
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CICR	Comité International de la Croix-Rouge (p17)
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA (p22)
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine (p27)
COSCI	Conseil des Organisations de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire (p24)
CRLS	Conseil Régional de Lutte contre le Sida (p25)
CSLS	Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida (p24)
CTAIL	Cellule Technique d'Appui aux Initiatives Locales
CVLS	Conseil Villageois de Lutte contre le Sida (p27)
DAAF	Direction des Affaires Administratives et Financières (p39)
DAP	Direction de l'Administration Pénitentiaire (p12)
DDLSL	Direction Départementale de la Santé et de la lutte contre le SIDA
DGLS	Direction Générale de la Lutte contre le Sida
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DPSE	Direction de la Planification et du Suivi Evaluation
DR	Direction Régionale
DRSL	Direction Régionale de la Santé et de la Lutte contre le SIDA
DST	Direction de la Surveillance du Territoire (p12)
EIS – CI	Enquête sur les Indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire
ENSEA	Ecole Nationale de la Statistique et de l'Economie Appliquée (p19)
EPN	Etablissement Publics Nationaux (p27)
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact (p27)
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (p20)
FAO	Food and Agriculture Organization
FHI360	Family Health International 360”
FM	Fonds Mondial (p24)
FNLS	Fonds National de Lutte contre le Sida (p24)
GTR	Groupe Technique Restreint (p7)
HCR	Haut Commissariat pour les Réfugiés (p24)
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (p11)
INHP	Institut National de l'Hygiène Publique (p27)
INSP	Institut National de la Santé Publique (p27)
IRF	Institut de Recherche et de Formation
IST	Infection Sexuellement Transmissible (p6)
LNSP	Laboratoire National de la Santé Publique (p27)
MACA	Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (p20)
MEMJDH	Ministère d'Etat, Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
MSM	Men who have Sex with Men (p7)
OBC	Organisation à Base Communautaire

OCHA	Office for the coordination of Humanitarian Affairs
OEV	Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé (p23)
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSDC	Office des nations unies contre la drogue et le crime (p18)
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA,
PAM	Programme Alimentaire mondial (p24)
PC/UDI	Population Carcérale/Usagers de Drogues Injectables (p7)
PEC	Prise En Charge (p29)
PEPFAR	President Emergency Program for Aids and Relief (Plan d'urgence du Président Américain de lutte contre le VIH/SIDA)
PHR	Populations à très Haut Risque de transmission du VIH
PHV	Populations dites Hautement Vulnérables (PHV)
PIAVIH	Personnes Infectées et Affectées par le VIH
PID	Personnes qui s'injectent la drogue Programme de Lutte contre le Sida chez les
PLSPHV	Populations Hautement Vulnérables
PMO	Partenaires de Mise en Œuvre (p36)
PNPEC	Programme National de Prise En Charge des personnes vivant avec le VIH
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement (p24)
PS	Professionnel du sexe (p7)
PSN	Plan Stratégique National (p44)
PSP	Pharmacie de la Santé Publique (p27)
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PUMLS	Projet d'Urgence Multisectoriel de Lutte Contre le Sida (p7)
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RIP+	Réseau Ivoirien des Organisations de Personnes Vivant avec le VIH/sida
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence (p27)
SE	Suivi et Evaluation (p7)
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SR	Santé de la Reproduction (p32)
UE	Union Européenne (p24)
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNGASS	United Nations General Assembly Session (Session Spéciale des Nations Unies sur le VIH/SIDA)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	United Nation Fund for Population University Research Company
URC	
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE

Le VIH/Sida est aujourd'hui classé au rang des pandémies les plus dévastatrices à cause du nombre impressionnant de ses victimes dans le monde entier. La pandémie du sida est devenue en l'espace d'une trentaine d'années, un problème de développement pour la quasi totalité des pays africains.

En Afrique de l'Ouest, les estimations de l'ONUSIDA indiquent que la Côte d'Ivoire, reste le pays le plus touché par la pandémie du VIH/sida avec une séroprévalence de 3,4 % en 2010 (Rapport ONUSIDA, 2010). Le sida est devenu la première cause de mortalité chez l'adulte et la situation des Populations Hautement Vulnérables face au VIH/sida est plus que jamais alarmante, malgré les efforts consentis par les gouvernants, les organisations communautaires et les partenaires au développement.

Pour répondre aux effets induits par l'épidémie de VIH/sida chez les PHV, le gouvernement ivoirien a mis en place depuis 2008, un Programme de Lutte contre le Sida chez les Populations Hautement Vulnérables (PLS-PHV) dont l'objectif est de développer la politique nationale de prévention et de prise en charge des IST et du VIH/sida en faveur des PHV et de veiller à une coordination harmonieuse des interventions selon les directives nationales. C'est dans cet esprit que ce document de Politique a été développé, pour servir de guide à l'ensemble des partenaires menant des interventions en direction des PHV.

En outre, nous relevons le renforcement d'un partenariat actif entre le PLS-PHV et FHI 360 avec le soutien financier de PEPFAR pour la mise en place de mécanismes de coordination des interventions au niveau central et périphérique et le développement d'un système de collecte et de rapportage des données. Toutes ces actions ont été bâties sous le leadership du PLS-PHV qui a bénéficié d'appuis techniques des partenaires au développement et des bailleurs.

S'il est indéniable que des progrès réels ont été enregistrés dans ce domaine, force est de reconnaître que bien de défis demeurent à être surmontés, à savoir : la synergie des interventions auprès des populations hautement vulnérables, l'utilisation optimale des ressources, la culture de la qualité des données pour une prise de décision basée sur l'évidence, la qualité des services offerts aux PHV. D'autres défis sont à relever, et ce sont entre autres, le respect des droits des PHV dans un contexte de stigmatisation, l'intégration du genre dans les interventions en direction des PHV, le renforcement du système national de suivi/évaluation ainsi que la pérennisation des interventions sur le terrain.

A cet effet, j'invite l'ensemble des acteurs intervenant en Côte d'Ivoire à s'inscrire résolument dans la mise en œuvre des orientations développées dans ce Document de Politique, qui demeure la boussole pour tous.

En renouvelant mes sincères remerciements à tous les partenaires au développement dont FHI 360, aux organisations de la société civile ivoirienne et aux bailleurs de fonds qui ont de tout temps soutenu notre politique de lutte contre les IST et le VIH/sida, je les exhorte à nous accompagner dans le développement de programmes et projets qui tirent leurs axes d'intervention de cette politique.

Je reste persuadée que la conjugaison de nos efforts permettra de réduire la trop grande vulnérabilité des PHV aux IST et au VIH/sida et surtout de contribuer à l'atteinte de notre vision pour ce programme : « Permettre aux Populations Hautement Vulnérables (PHV) de vivre en bonne santé dans la perspective d'une société sans stigmatisation ni de discrimination ».

Madame le Ministre de la santé et de la lutte contre le sida

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier particulièrement tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce document notamment Madame le Ministre de la Santé et de la lutte contre le sida, Monsieur le Ministre d'état, de la justice et des droits de l'homme, Madame le Directeur Pays de Family Health International (FHI360) et les autres organisations qui ont contribué à l'élaboration de ce document notamment le PEPFAR spécialement.

En outre, nous remercions particulièrement les membres du Groupe Technique Restreint (GTR) :

- Dr Thiam Marguerite, Directeur-Coordonnateur du PLS-PHV ;
- Dr Kablan Prao Raimond, Chef de service PS/MSM ;
- Dr Ouelle Flavienne, Chef de service PC/UDI ;
- Dr Wognin Venance, Chef de service SE ;
- Dr N'guessan Kouakou Bernard, Assistant du Chef de Service Suivi/Evaluation ;
- Dr Kouadio Blaise, Conseiller Technique Principal /FHI360;
- Enfin Dr Semdé Abla Gisèle pour la relecture du document .

L'élaboration de ce document a bénéficié de l'appui technique de **Family Health International (FHI360)**, « **the Science of Improving Lives** ».

INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire avec un taux de séroprévalence de 3,4% (selon l'estimation d'ONUSIDA 2010) est l'un des pays les plus touchés par l'épidémie en Afrique de l'ouest. Ainsi, le Gouvernement ivoirien a opté pour une riposte efficace en mettant en place un Ministère de la lutte contre le sida depuis 2001 avec deux stratégies majeures : la multisectorialité et la décentralisation. Dès lors, des instances de coordination ont été mises en place pour assurer les missions dudit Ministère. Dans le but de mieux adresser la question des populations à haut risque d'infection, le Ministère a décidé de mettre en place depuis le 15 mai 2008, un Programme de lutte contre le sida pour les populations hautement vulnérables (PLS-PHV) dont l'objectif est de coordonner, suivre et d'évaluer les activités communautaires en direction des professionnels du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, des utilisateurs de drogues, des migrants, des routiers et des populations carcérales. En effet, des études ont montré que des actions pertinentes ciblant ces populations, entraînent une réduction considérable de l'épidémie au niveau de la population générale. La société civile à travers certaines ONGs et associations ont, depuis plusieurs années, choisi de prévenir le VIH et d'assurer une prise en charge globale des professionnelles du sexe avec le soutien de partenaires (PEPFAR, Système des Nations Unies, Fonds mondial, etc.). Des résultats encourageants ont été obtenus avec une réduction du taux de séroprévalence de 89% en 1992 à 33,4% en 2009 à la Clinique de Confiance (Rapport 2009 de FHI360). Aujourd'hui, il est important de capitaliser les acquis obtenus pour un passage à l'échelle de la prévention et de la prise en charge globale des populations hautement vulnérables conformément aux priorités du PSN 2011 - 2015 en ciblant les autres populations à haut risque peu prises en compte dans les programmes VIH. Dans le souci d'harmoniser les interventions de lutte contre le sida chez ces populations clés à haut risque d'infection, et permettre aux acteurs de travailler selon les directives nationales, le PLS-PHV élabore le document de politique nationale de lutte contre le sida chez les populations hautement vulnérables. Ce document donne les grandes orientations aux différents partenaires stratégiques et opérationnels pour faciliter la mobilisation des ressources et l'organisation des interventions en vue d'atteindre les objectifs nationaux.

I. DEFINITIONS

I.1 Définition des Populations Hautement Vulnérables

Les populations sont dites hautement vulnérables du fait de leur exposition au VIH/sida de par leurs comportements à risque, les professions qu'elles exercent, leur orientation sexuelle, leur statut social, juridique et économique. Il s'agit de sous population avec une prévalence du VIH supérieure à celle de la population générale.

Ce sont les populations à très haut risque (les professionnels du sexe hommes, femmes et leurs partenaires sexuels, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les usagers de drogues et les personnes incarcérées) et les autres populations hautement vulnérables (les routiers, les migrants, les déplacés internes, les réfugiés, les personnes en uniformes et leurs partenaires, les enseignants, les enfants de la rue et dans la rue, les hommes et les femmes engagés dans le sexe transactionnel, les personnes engagées dans l'abus de la consommation d'alcool, les consommateurs de drogue non injectable, les tenancières de maquis, les vendeuses ambulantes, les jeunes filles victimes d'exploitation sexuelle, les femmes de 30 -34 ans séparées ou divorcées ou veuves, les couples séro-discordants, les personnes pratiquant le sexe intergénérationnel, etc.

Selon l'ONUSIDA, les populations clés à haut risque d'exposition au VIH sont celles les plus exposées au VIH ou qui le transmettent. , Il s'agit des PVVIH, des MSM, des transgenres, des PID, des PS et leurs partenaires et des couples séro-discordants.

En Cote d'Ivoire, les populations clés à haut risque d'exposition au VIH ou MARPs (Most At Risk Populations) sont les MSM, les PID, les PS et les populations carcérales.

I.1.1. La prostitution

A. Définition de la prostitution

La prostitution est définie comme « le fait, pour une personne d'avoir des relations sexuelles contre rémunération avec des partenaires multiples et de vivre ainsi du commerce de son corps ».

B. Définition des professionnels du sexe

Toute personne de sexe masculin ou féminin ou transsexuel exerçant le travail du sexe c'est -à-dire toute personne qui a des rapports sexuels (génito-génital, génito-buccal, génito-anal) en échange de biens matériels ou d'argent.

C. Types de professionnels du sexe

Il existe deux (2) types de professionnels du sexe :

- Professionnel du Sexe affiché ;
- Professionnel du sexe non affiché ;
- Un Professionnel du sexe (PS) affiché est une personne qui s'auto déclare comme PS et qui ne se « cache » pas pour exercer ce travail.

Il s'agit de :

- PS qui sont sur les sites de racolage ;
- PS qui sont dans les maisons closes ;
- PS qui sont listées dans les établissements hôteliers pour répondre aux sollicitations des clients.

Un Professionnel du sexe non affiché ou clandestin est une personne qui pratique le multi-partenariat sexuel en échange de bien matériel ou d'argent sans liens affectifs. Cette personne exerce ce travail mais ne se reconnaît pas ou ne s'affiche pas comme PS. Cette catégorie de PS est difficilement identifiable et accessible.

D. Lieux de prostitution

Il existe en général deux types de lieux de prostitution. Il s'agit des points de racolage et des sites prostitutionnels.

Le point de racolage est un lieu physique ou virtuel où le client et la PS s'accordent sur les conditions du rapport sexuel (coût, lieux où l'acte va se dérouler, l'utilisation du préservatif, etc.).

La prise de contact avec les clients peut se faire de différentes manières :

La dimension la plus visible du racolage physique est son exercice nocturne dans les rues. Elle ne représente qu'une infime partie du phénomène. L'exercice de la prostitution peut avoir pour cadre de nombreux espaces clos tels que, les hôtels, les salons de massage, les clubs privés, les maisons closes, les boîtes de nuit, les bars climatisés, les cinémas, les saunas, mais aussi dans des espaces ouverts (parkings, jardins...).

En outre, le contact avec les clients au moyen du téléphone ou d'internet est en plein essor. Il peut se faire sur des sites web pornographiques ou des sites web « tchat » pour déboucher sur une rencontre véritable afin d'avoir des rapports sexuels.

Le site prostitutionnel est le lieu où se déroulent les rapports sexuels entre le client et la PS.
Un point de racolage peut être un site prostitutionnel et vice-versa.

I.1.1.2. Homosexualité

A. Définition de l'homosexualité

L'homosexualité est définie comme l'amour, l'attrance, et le cas échéant la pratique de relations sexuelles entre personnes du même sexe. C'est également une orientation sexuelle selon une perspective psychologique ou sociologique. Cette définition s'applique indistinctement aux hommes et aux femmes.

B. Types d'homosexualité

Il existe deux types d'homosexualité :

- L'homosexualité féminine qui est définie comme l'attrance romantique et sexuelle entre deux femmes ;
- L'homosexualité masculine qui se définit comme des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Elle ne se résume pas au seul aspect de la sexualité (au coït entre personnes du même sexe) mais aussi et parfois pour certaines personnes à l'expression exclusive d'un sentiment et/ou d'une attrance romantique.

Ces personnes sont communément appelées MSM (Men who have Sex with Men) selon les anglophones ou HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) selon les francophones. Cette orientation sexuelle est pratiquée indépendamment du fait qu'ils soient homosexuels ou bisexuels.

En outre, il est important de préciser que parmi les HSH ou MSM il y a des professionnels du sexe.

I.1.1.3 Populations carcérales

A. Définition de la population carcérale

La population carcérale comprend l'ensemble des détenus des établissements pénitentiaires ou sous contrôle de l'administration pénitentiaire.

Le **détenu** est une personne placée sous main de justice par une autorité judiciaire compétente. Il en existe trois (3) catégories à savoir (i) les prévenus : ceux qui n'ont pas encore fait l'objet de condamnation définitive, (ii) les condamnés : ceux qui ont fait l'objet d'une peine définitive, et (iii) les contraignables : ceux qui sont incarcérés parce qu'ils ne se sont pas acquittés de leur amende.

Cette définition exclut les personnes mises aux arrêts dans les cellules de détention des commissariats de police, des postes de gendarmerie, de la Direction de la Surveillance du Territoire (DST) ainsi que les lieux secrets de détention.

B. Milieu carcéral

Le milieu carcéral est l'ensemble des lieux de détention qui relève de l'administration pénitentiaire et qui accueille des personnes mises sous mandat de dépôt par une autorité judiciaire compétente.

En d'autres termes, le **milieu carcéral** ou **établissement pénitentiaire** est constitué des bâtiments de détention et de l'enceinte (aires de jeu, ateliers, champs pénaux, jardins pénaux, infirmerie, bureau de l'assistant social, local temporaire ou permanent des partenaires, etc.).

Le rôle de l'établissement pénitentiaire est de recevoir et détenir les personnes placées sous main de justice par les autorités judiciaires compétentes dans les conditions respectueuses de la dignité humaine. Ce rôle est joué en lien avec les missions de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), structure de gestion desdits établissements.

Il existe quatre (4) types d'établissements pénitentiaires en Côte d'Ivoire : (i) la maison d'arrêt qui reçoit les prévenus, (ii) la maison de correction qui reçoit les condamnés, (iii) la maison d'arrêt et de correction qui reçoit les prévenus et les condamnés, et (iv) le camp pénal qui reçoit les condamnés de plus d'un an. En dépit de cette classification, un même établissement pénitentiaire peut servir à la fois de maison d'arrêt et de maison de correction au siège des

juridictions conformément à l'article 4 du décret N°69-189 du 14 mai 1969 portant réglementation des établissements pénitentiaires et fixant les modalités d'exécution des peines privatives de liberté. En outre, il y a dans certaines Maisons d'Arrêt et de Correction, des Centres d'Observation des Mineurs qui reçoivent des mineurs placés sous Ordonnance de Garde Provisoire par le juge des enfants.

I.1.1.4 Usagers de drogues

A. Définition de la drogue

Le mot "drogue" désigne toute substance, naturelle ou synthétique, qui a un effet modificateur sur l'état de conscience et/ou l'activité mentale. Cette substance psycho active a un potentiel d'usage nocif d'abus ou de dépendance dont l'usage peut être légal ou non.

B. Types de drogues

Il existe quatre (04) types de drogue en fonction de leur toxicité et de leur dangerosité selon la réglementation française sur les substances vénéneuses (article L.5132-1 du code de la santé publique) :

- Les stupéfiants (Morphine, Cocaïne, Héroïne, Cannabis, etc.) ;
- Les psychotropes (médicaments, antidépresseurs, tranquillisants, hypnotiques, etc.) ;
- Les médicaments inscrits sur les listes I et II ;
- Les substances dangereuses (éther, acide, etc.) .

Les stupéfiants sont les drogues les plus toxiques.

C. Définition des usagers de drogues

Ce sont des personnes qui consomment des drogues par voie orale, inhalée, ou injectable en dehors de toute prescription médicale.

D. Personnes s'injectant la drogue (PID)

Ce sont des personnes qui se font injecter ou s'injectent des drogues par voie intraveineuse en dehors de toute prescription médicale. L'utilisation ou le partage de la même seringue est un comportement à haut risque d'infection à VIH.

Comment [g1]: Inclure un commentaire de bas de page et dire ce que représente les listes I et II

I .1.2.1 Les migrants

Les nations unies définissent le migrant comme toute personne qui change de pays , de résidence habituelle ou toute personne qui se déplace et traverse au moins une frontière. En d'autres termes il s'agit d'une personne qui se déplace d'un pays à un autre.

A la différence de l'immigré qui arrive pour rester, le migrant est généralement con nu comme une personne en transit qui vient seulement pour travailler, traverse des territoires, des villes et qui retourne à son lieu de résidence ou repart ailleurs.

I .1.2.2 Les routiers

Ce sont des personnes qui de par leur métier ou profession utilisent ou fréquentent régulièrement un axe routier pour leurs bien-être social et économique. Autour de cet axe se développe un ensemble d'activités secondaires créant ainsi une communauté spécifique intégrant les camionneurs, les apprentis, les professionnels du sexe, les commerçantes, les vendeuses ambulantes, les personnes en uniformes, les communautés locales frontalières et toutes autres personnes exerçant dans les environs de l'axe routier.

II. ANALYSE DE LA SITUATION DES PHV

II.1 Situation des PHV dans le monde

Les données épidémiologiques relatives au VIH/sida chez les PHV, notamment chez les Professionnels du sexe, les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes , les Populations Carcérales et les Personnes s'Injectant de la Drogue donnent des valeurs alarmantes à travers le monde.

Les Professionnels du sexe sont l'un des groupes de PHV les plus touchés avec une prévalence de 4 % en République dominicaine, 9 % en Jamaïque et 27 % au Guyana (Rapport de ONUSIDA 2010). Ces taux élevés pourraient s'expliquer par l'exposition permanente au risque d'infection à VIH lors de leurs activités professionnelles. Malgré la multiplicité des interventions en direction de cette cible, de nombreux obstacles demeurent tels que la stigmatisation et la discrimination qui ne permettent pas d'atteindre plus de 80% des PS. Dans plusieurs pays du monde, la prostitution est souvent considérée comme illégale et de ce fait , s'exerce dans la clandestinité, accroissant la vulnérabilité des PS.

Certains pays ont réussi à réduire la prévalence du VIH parmi les PS grâce à des politiques favorisant l'utilisation du préservatif avec les clients et à des initiatives plus générales de promotion du préservatif auxquels ils ont adhéré. C'est le cas de la Thaïlande avec son projet « 100% condom », où le taux d'utilisation du préservatif est passé de 15% en 1989 à 95% en 1997. Dans le même temps, la demande de préservatifs est passée de 10 millions à 120 millions par an et l'incidence des IST a chuté de manière spectaculaire passant de 321 cas pour 100 000 habitants en 1991 à 31 cas pour 100 000 habitants en 1998 (Le préservatif masculin, ONUSIDA, actualisation août 2000, collection meilleures pratiques).

■ Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH/MSM)

Des études scientifiques ont prouvé que des facteurs importants de risques de transmission du VIH existent lors des rapports sexuels génito-anaux. Ce qui explique la vulnérabilité des MSM chez qui l'on a découvert le premier cas de VIH/sida. La prévalence au sein de cette population cible est de 32 % en Jamaïque (rapport ONUSIDA, 2010). Des enquêtes réalisées dans des groupes de HSH vivant dans des zones urbaines ont révélé une prévalence du VIH d'au moins 10 % dans 12 des 14 pays de l'Amérique Centrale, notamment au Costa Rica (rapport ONUSIDA, 2010).

Dans cette communauté, l'utilisation systématique du préservatif et du gel lubrifiant n'est pas toujours effective. Ce qui justifie le développement des programmes de lutte contre le sida en direction de cette cible en mettant l'accent sur la promotion de l'utilisation du préservatif et du gel lubrifiant afin de réduire les risques de transmission des IST et du VIH/sida chez les MSM (rapport ONUSIDA, 2010).

En vue de réduire la stigmatisation des MSM, l'Organisation mondiale de la santé a supprimé, le 17 mai 1990, l'homosexualité de la liste des maladies mentales, mettant ainsi fin à plus d'un siècle d'homophobie médicale afin de faciliter la prise en compte des MSM dans les programmes de santé publique.

■ Population carcérale

En milieu carcéral, le VIH/sida demeure un grave problème en Europe et en Asie centrale. Dans la plupart des pays, les taux d'infection à VIH parmi les détenus sont trois fois supérieurs à ceux observés dans la population générale. Dans la plupart des cas, les taux élevés d'infection à VIH

sont liés au partage de matériel d'injection, ainsi qu'à des rapports sexuels non protégés en prison. Dans la majorité des pays, des mesures adéquates de prévention du VIH en milieu carcéral ne sont pas mise en œuvre bien qu'elles aient été introduites avec succès dans d'autres systèmes carcéraux (Déclaration de Dublin sur le VIH/sida dans les prisons, 23 février 2004). Par conséquent, les personnes incarcérées sont en situation de vulnérabilité accrue de contracter l'infection à VIH. En outre, les détenus qui vivent avec le VIH/sida sont en situation de risque accru de déclin de leur santé, de surinfection à VIH1/ VIH2, de co-infection à l'hépatite B/ C et/ou à la tuberculose ainsi que de mort précoce.

■ Personnes s'injectant de la Drogue (PID)

L'usage de drogues injectables est un vecteur connu et documenté de l'épidémie à VIH et de la transmission des hépatites sur tous les continents, notamment en Asie, en Europe centrale et, plus récemment, au Moyen Orient et en Afrique du Nord. La prévalence chez les PID est de 18,9% selon le rapport de CICR, 2010. Cette population constitue un réservoir dynamique de la transmission du VIH du fait du partage du matériel d'injection.

En France, la prévalence du VIH chez les PID, qui était l'un des groupes les plus touchés au cours des années 1980, a fortement diminué après la mise en œuvre de mesures adaptées : vente libre de seringues, programmes d'échanges de seringues, mise à disposition de produits de substitution (INSERM, Réduction des risques chez les usagers de drogues : synthèse et recommandations, 2010).

■ Migrants

Au Royaume Uni, environ 44% des personnes infectées par le VIH en 2007 étaient des migrants. Ils ont contracté le virus à l'étranger principalement en Afrique subsaharienne. En Europe, près d'une personne nouvellement dépistée sur cinq (17 %) en 2007 provenait de pays frappés par des épidémies généralisées (Rapport ONUSIDA, 2010).

II.2 Situation des PHV en Afrique

■ Professionnels du sexe

En Afrique, la situation des professionnels du sexe demeure une préoccupation car la prévalence au sein de cette population est élevée. Elle est estimée à 20% au Tchad, 23.6% au Gabon, 24,7% au Benin, 25% au Ghana, 35.5% au Cameroun 35.6% au Niger et 39.6% Guinée Bissau.

Ces taux de prévalence représentent plus de 20 fois ceux de la population générale (Rapport ONUSIDA 2010). Cette situation est exacerbée par la stigmatisation des professionnels du sexe, liée aux pesanteurs socioculturelles et aux dispositions légales parfois contraignantes, les poussant à exercer dans la clandestinité.

■ Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes

La problématique des rapports sexuels entre Hommes en Afrique dans le domaine de la lutte contre le sida est très récente. Il est important de noter que les relations sexuelles entre hommes font l'objet d'un déni considérable en Afrique, où ces pratiques sont légalement interdites dans 29 Etats.

En décembre 2005, une étude publiée dans la revue « AIDS » annonce que sur une cohorte sénégalaise de 453 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 21,5 % sont infectés par le VIH pour une prévalence nationale de 1,5 % sur les sites sentinelles. **(Wade 2005)**

■ Populations carcérales

Le nombre de détenus séropositifs est inconnu pour la plupart des pays africains. La prévalence du VIH serait plus élevée parmi les détenus africains que dans la population adulte selon les données recueillies sur une base aléatoire. Elles varieraient entre 2,7% au Sénégal et 27% en Zambie en passant par 9% au Nigéria (Rapport ONUDC, VIH en Prisons, 2007). Ces données confirment l'ampleur du problème et la nécessité d'agir rapidement en vue d'apporter une riposte adaptée à cette cible.

■ Personnes s'injectant de la Drogue

Les consommateurs de drogues injectables en Afrique subsaharienne sont exposés à un risque élevé d'infection par le VIH. Dans la région ouest africaine, on estime à 221 000 consommateurs de drogues positifs au VIH soit 12,4% de l'ensemble des consommateurs de drogues. A Nairobi au Kenya, 36% des consommateurs de drogues ont été testés positifs au VIH (Rapport UNGASS, 2010).

L'usage de drogues injectables est une réalité dans 27 pays africains dont les 17 pays d'Afrique de l'Ouest. Cependant, l'ampleur du phénomène et la nature des produits injectés demeurent peu connues. La transmission du VIH liée au partage du matériel d'injection n'est documentée que dans quelques pays (Afrique du Sud, Kenya, Nigeria, Tanzanie, Ile Maurice).

II.3 Situation des PHV en Côte d'Ivoire

■ Professionnels du sexe

En Côte d'Ivoire, le phénomène de la prostitution est favorisé par certains déterminants notamment les facteurs socio-économiques parmi lesquels la pauvreté (de 10% en 1985 à 48.9% en 2008¹), la précarité, la vulnérabilité, le faible niveau de scolarisation, l'absence de qualification professionnelle. En effet, selon l'enquête CAP : (UNFPA/ENSEA, 2007), 26% des PS interrogées ont affirmé être venues à la prostitution après le début de la crise militaro-politique depuis 2002. En 2008, une estimation de la taille des PS a relevé environ 11 334 PS sur toute l'étendue du territoire national en CI.

D'autres études concernant l'estimation de la taille des PS ont été effectuées par la méthode de « Capture –recapture » dans 5 grandes villes de la C.I : Yamoussoukro en février 2008, Bouaké d'octobre à novembre 2008, San Pedro de novembre à décembre 2008, Abengourou et Abidjan d'octobre à novembre 2009 avec l'appui technique de Family Health International (FHI360) et de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT/Belgique). La taille des PS femmes estimées était respectivement de 1160 à Yamoussoukro, 1202 à Bouaké, 1916 à San Pedro, 582 à Abengourou et 7887 à Abidjan².

La séroprévalence relative chez les PS selon le rapport annuel FHI360, est estimé à **33,4%** en 2009.

La communauté de PS s'organise pour mieux participer et s'engager à la lutte contre le VIH/sida dans leur communauté. Ainsi « Blety » est une ONG locale regroupant des PS y

¹ DSRP, 2008

² Vuylsteke B, Vandenhoudt H, Langat L, Semdé G, Menten J, Odongo F, Anapapa A, Sika L, Buvé A, Laga M. Capture -recapture for estimating the size of the female sex worker population in three cities in Côte d'Ivoire and in Kisumu, western Kenya. Trop Med & Intern Health. 2010, in press.

compris celles qui vivent avec le VIH. Cette ONG est associée dans les réflexions sur les stratégies et la problématique de la prévention du VIH dans leur communauté.

■ Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

Peu de données sont disponibles sur les MSM en Côte d'Ivoire. Cependant les données de la Clinique de Confiance reprises par le rapport national UNGASS Côte d'Ivoire 2010, révèlent que 24,5% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui fréquentent cette clinique sont infectés par le VIH.

En outre, une étude³ menée à Abidjan en 2004 avec l'ONG *Arc-en-ciel Plus* a mis en évidence les résultats suivants chez les MSM sur un échantillon de 105 hommes: 26.7% MSM est étudiant, la majorité de ceux-ci vivent à Abidjan et sont de jeunes adultes (27 ans en moyenne), le tiers d'entre eux affirment avoir déjà eu une IST ; plus de la moitié d'entre eux confirme utiliser régulièrement le condom, et 60% ont des comportements à risque.

■ Population carcérale

En 1993, pour une population estimée à 10355 dans 33 prisons, on note un taux de prévalence de 28% (Selon le rapport 2007 de l'ONU DC VIH en Prisons).

En 2010, elle est estimée à environ 12 256 détenus (DAP, septembre 2010). La Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA), totalise environ 5 300 détenus pour 1 500 places ; soit un taux d'occupation de 300%. L'on note plus de 85% de taux d'acceptation du dépistage auprès des détenus de la MACA. La prévalence relative en leur sein est de 5,8 et de 16,4 respectivement chez les hommes et chez les femmes incarcérés. (Rapport d'activités annuel 2009, ESTHER CI) .

■ Personnes s'injectant de la drogue

Dans le rapport annuel (2009) de l'Hôpital de la Police nationale, sur 18 UDI dépistés pour le VIH, 4 étaient séropositifs. Soit un taux relatif de 22,2% qui n'est pas représentatif et ne reflète pas la situation réelle dans ce groupe à haut risque d'infection. Cependant, ce taux pourrait être un signe d'alerte de l'ampleur de l'épidémie au sein de cette population cible.

³ Résultats de la phase pilote de l'enquête participative pour l'identification des besoins de prévention et de prise en charge des IST et du VIH/sida dans le milieu des MSM en Côte d'Ivoire, ONG Arc -en-Ciel, citée par *l'Analyse situationnelle (2004)*.

III. CADRE JURIDIQUE ET INSTITUTIONNEL

III .1 Cadre juridique

III.1.1 Instruments juridiques internationaux

La déclaration universelle des droits de l'homme dispose que tous les hommes sont égaux et ont les mêmes droits. Ainsi, toute personne a droit à la santé quelque soit sa race, sa religion, son statut socioprofessionnel et juridique. Les Etats ont le devoir de veiller au respect des droits de tous les citoyens y compris le droit à la santé et à la sécurité.

Par conséquent, les PHV ont droit à l'accès aux services de santé. Cependant, il existe une diversité de dispositions spécifiques à chaque pays relatives aux PHV. Au Sénégal, la prostitution a été réglementée par un ensemble de textes législatifs qui facilitent l'accès des professionnels du sexe aux soins médicaux. Ainsi, une loi de février 1966 prescrit le contrôle obligatoire et préventif des personnes qui se livrent publiquement à la prostitution et l'inscription à un fichier sanitaire et social tenu à jour par les autorités sanitaires.

L'homosexualité est autorisée dans certains Etats comme l'Espagne où le mariage homosexuel est légalisé, par contre elle est formellement interdite en Iran.

En milieu carcéral, dans certains pays comme la France, notamment à la prison de Bordeaux, les autorités politiques veillent à la mise à disposition des préservatifs pour contribuer activement à la prévention du VIH/sida chez les détenus.

L'usage illicite des drogues y compris sous la forme injectable est strictement interdit dans la plupart des Etats. Cependant, des dispositions particulières sont prises pour réduire le taux d'infection à VIH par l'utilisation de seringues à usage unique et la substitution de la drogue injectable par la méthadone comme c'est le cas en France et en Chine.

III.1.2 Instruments juridiques nationaux

Le code pénal ivoirien, en ses articles 335 à 341, donne la position de la Côte d'Ivoire sur la pratique de la prostitution. Elle n'est pas une infraction, mais la loi ivoirienne élève au rang d'infraction pénale le racolage public, qui est le fait, pour la personne se livrant à la prostitution, de solliciter en un lieu public les individus en vue de l'activité sexuelle de prostitution.

Cette loi élève également au rang d'infraction, certains actes qui tendent à favoriser la prostitution tels que **le proxénétisme et la tenue de locaux** dans lesquels s'exerce la prostitution.

En Côte d'Ivoire, il n'existe pas une loi spécifique sur la pratique de l'homosexualité. Cependant, l'article 360 alinéas 2 du code pénal prévoit des sanctions aggravées dans le cas des outrages publics à la pudeur, notamment dans le cas « d'acte impudique ou contre nature avec un individu du même sexe ».

Par contre la question de l'utilisation de la drogue est réglementée par la loi n°88-686 du 22 juillet 1988 portant répression du trafic et de l'usage illicite des stupéfiants, substances, psychotropes et substances vénéneuses.

Concernant les autres populations hautement vulnérables, la loi ivoirienne ne prévoit pas de dispositions particulières. Le cadre juridique relatif à ces populations est celui applicable à la population générale.

III .2 Cadre institutionnel

Le cadre institutionnel de la lutte contre le VIH/sida s'articule autour d'organes répartis à trois (03) niveaux conformément à la pyramide sanitaire. En effet, le système national de santé et de lutte contre le sida est structuré de manière pyramidale avec trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique). Il est organisé autour de deux composantes : l'une administrative et l'autre médicale. Chaque composante comprend trois niveaux.

III .2.1 Composante Administrative

III.2.1.1 Niveau central

Le niveau central se compose du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS), du Ministère de la santé et de la Lutte contre le SIDA (MSLS) et du Forum des Partenaires.

III.2.1.1.1 Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)

Le Conseil National de Lutte contre le sida présidé par le Président de la République est chargé de :

- Faire de la lutte contre le VIH/sida une priorité nationale ;
- Définir les orientations générales de politiques et stratégies de lutte contre le VIH/sida ;
- Valider le Plan Stratégique National ;
- Mobiliser la nation en vue de son implication dans la lutte contre le sida ;
- Apprécier les résultats de la lutte contre le sida de façon générale et particulièrement du plan national multisectoriel de l'année en cours et les procédures de sa gestion et adopter le plan de l'année suivante ;
- Apprécier l'impact de la lutte contre le sida sur la nation ;
- Appuyer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
- Orienter et valider la contribution du Gouvernement et des collectivités territoriales dans la mise en œuvre d'une réponse nationale efficace au VIH/sida ;
- Collaborer et coopérer avec les CNLS de la Sous Région ou tout autre organe ayant des responsabilités similaires dans la lutte contre le sida.

III.2.1.1.2 Ministère de la santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS)

Outre ses missions régaliennes en matière de santé, il assure la coordination de toutes les activités de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. Il comprend le cabinet du ministre, ainsi que des directions, programmes et services qui lui sont rattachés dont la Direction Générale de la Lutte contre le Sida (DGLS).

III.2.1.1.3 Forum des Partenaires

Le forum des partenaires assure la coordination de la mobilisation et de l'utilisation des ressources. Ce Forum regroupe le secteur public, les agences du système des Nations Unies, les Coopérations bilatérales et multilatérales, la Société Civile et professionnelle et le Secteur Privé. La composition et le fonctionnement de ce forum sont définis par arrêté ministériel.

III.2.1.2 Niveau intermédiaire

III.2.1.2.1 Conseil Régional de Lutte contre le sida (CRLS)

Le Conseil Régional de Lutte contre le sida présidé par le Préfet de Région est chargé de :

- Faire de la lutte contre le VIH/sida une priorité régionale ;
- Définir les orientations de lutte contre le VIH/sida au niveau régional ;

- Valider le plan opérationnel régional ;
- Mobiliser la Région en vue de son implication dans la lutte contre le sida ;
- Apprécier les résultats de la lutte contre le sida au niveau régional, particulièrement du plan opérationnel régional ;
- Apprécier l'impact de la lutte contre le sida sur la Région ;
- Mobiliser et coordonner les ressources pour le financement de la lutte au niveau local ;
- Collaborer et coopérer avec les autres CRLS pour échanger les expériences et bonnes pratiques ;
- Coordonner les conseils départementaux.

III.2.1.2.2 La multisectorialité

La lutte multisectorielle s'organise autour de 13 grands secteurs. Ils peuvent être composés d'un ou plusieurs comités sectoriels. Ce sont les secteurs de Santé, Education, Justice, Plan, Economie et Finances, Défense et Sécurité, Culture et Communication, Promotion Féminine et Protection Sociale, Jeunesse et Sports, Transport, Agriculture et Développement Rural, Environnement et Salubrité, Monde du Travail et Secteur des Entreprises, Secteur Associatif.

Ces secteurs sont chargés du suivi de l'orientation stratégique et de la coordination de l'ensemble des activités sectorielles en matière de lutte contre le sida.

Le fonctionnement de l'ensemble de ces secteurs est défini par arrêté ministériel.

III.2.1.3 Niveau périphérique

Le niveau périphérique ou opérationnel regroupe 102 districts sanitaires chargés notamment de la planification opérationnelle, la coordination et l'exécution des activités au sein de son aire géographique.

Cette décentralisation des interventions permet de lutter efficacement contre cette pandémie sur toute l'étendue du territoire.

III.2.1.3.1 Le Conseil Départemental de Lutte contre le SIDA (CDLS)

Le Conseil Départemental de Lutte contre le sida présidé par le Préfet de Département est chargé de :

- Faire de la lutte contre le VIH/sida une priorité au niveau départemental ;
- Définir les orientations de lutte contre le VIH/sida au niveau départemental ;
- Valider le plan opérationnel départemental ;
- Mobiliser le Département en vue de son implication dans la lutte contre le sida ;
- Apprécier les résultats de la lutte contre le sida au niveau départemental, particulièrement ceux du plan opérationnel départemental ;
- Apprécier l'impact de la lutte contre le sida dans le département ;
- Mobiliser et coordonner les ressources pour le financement de la lutte contre le sida au niveau départemental ;
- Collaborer et coopérer avec les autres CDLS pour échanger les expériences et bonnes pratiques ;
- Coordonner les conseils communaux.

III.2.1.3.2 Le Conseil Communal de Lutte contre le SIDA (CCLS)

Le Conseil Communal de lutte contre le sida présidé par le Sous-préfet est chargé de :

- Faire de la lutte contre le VIH/sida une priorité dans la commune ;
- Définir les orientations de lutte contre le VIH/sida au niveau communal;
- Valider le plan opérationnel communal ;
- Mobiliser la commune en vue de son implication dans la lutte contre le sida ;
- Apprécier les résultats de la lutte contre le sida au niveau communal, particulièrement ceux du plan opérationnel communal;
- Apprécier l'impact de la lutte contre le sida dans la commune ;
- Mobiliser et coordonner les ressources pour le financement de la lutte contre le sida au niveau communal ;
- Collaborer et coopérer avec les autres CCLS pour échanger les expériences et bonnes pratiques.

III.2.1.3.3 Le Conseil Villageois de Lutte contre le SIDA (CVLS)

Le Conseil villageois de lutte contre le sida présidé par le chef du village est chargé de :

- Faire de la lutte contre le VIH/sida une priorité au niveau du village ;
- Définir les orientations de lutte contre le VIH/sida au niveau villageois;
- Valider le plan opérationnel villageois ;
- Mobiliser le village en vue de son implication dans la lutte contre le sida ;
- Apprécier les résultats de la lutte contre le sida au niveau du village, particulièrement ceux du plan opérationnel du village ;
- Apprécier l'impact de la lutte contre le sida dans le village ;
- Mobiliser et coordonner les ressources pour le financement de la lutte contre le sida au niveau du village ;
- Collaborer et coopérer avec les autres CVLS pour échanger les expériences et bonnes pratiques.

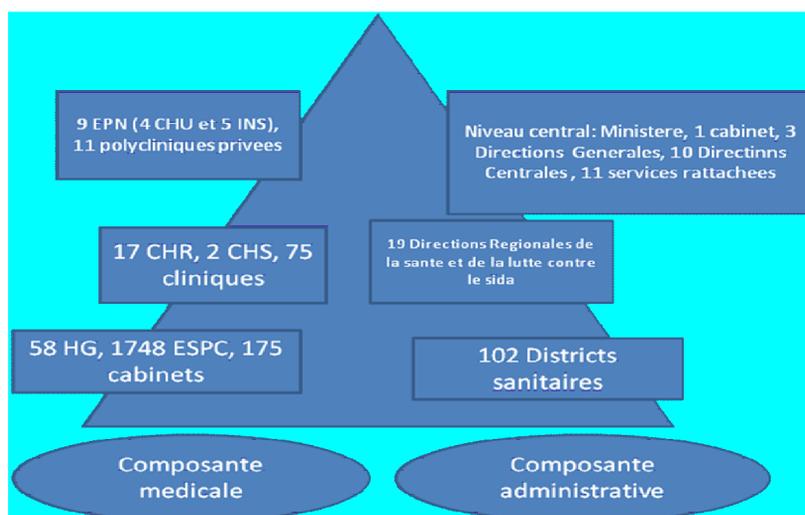
III .2.2 Composante médicale

Le niveau primaire comprend 1746 établissements sanitaires de premier contact (ESPC). Il s'agit des centres de santé urbains et ruraux, véritables points d'entrée du système sanitaire.

Le niveau secondaire avec des établissements sanitaires de premier recours ou de référence pour les malades provenant du niveau primaire, comprend 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 58 Hôpitaux Généraux.

Le niveau tertiaire comprend les établissements sanitaires de dernier recours. Ce sont les 4 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). A ces établissements de soins s'ajoutent les EPN non hospitaliers (SAMU, IRF, PSP, CNTS, LNSP, INHP, INSP, etc.) et les structures de santé des institutions connexes que sont celles des Ministères de la défense, de la sécurité intérieure, de la justice, de l'économie et des finances, de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur.

Figure 1: Les versants de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire



A côté du secteur public, il existe un secteur privé en pleine expansion. Il comprend 1242 cliniques et cabinets privés et 653 officines privées approvisionnées par 03 grossistes répartiteurs.

Le secteur confessionnel compte 250 centres de santé et hôpitaux, parmi lesquels environ 60 pour l'Eglise catholique et 4 pour les églises méthodistes et évangéliques, mènent des activités relatives au VIH.

Le secteur communautaire non confessionnel compte environ 50 ONG actives dans la PEC globale.

IV. ORIENTATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN DIRECTION DES PHV

IV.1 Défi

Le défi majeur du PLS-PHV consiste en la prise en compte des PHV dans tous les programmes de santé et/ou de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire.

IV.2 Vision

Permettre aux PHV de vivre en bonne santé dans la perspective d'une société sans stigmatisation ni discrimination.

IV.3 But

Réduire la propagation des IST/VIH/sida chez les Populations Hautement Vulnérables en Côte d'Ivoire.

IV.4 Objectif

Renforcer la coordination des interventions de prévention et de prise en charge globale des IST/VIH/sida à l'endroit des PHV.

IV.5 Missions

Les missions assignées au PLS-PHV sont de :

- Coordonner toutes les activités de lutte contre le sida chez les populations hautement vulnérables (PHV) en Côte d'Ivoire ;
- Harmoniser les interventions de lutte contre le sida en direction des PHV ;
- Veiller à la prise en compte des PHV dans les programmes de lutte contre le sida
- Suivre et évaluer les activités à l'endroit de ces cibles ;
- Initier et conduire des actions de recherche sur les PHV ;
- Mobiliser les ressources auprès des partenaires au développement .

IV.6 Stratégies

Pour réaliser ces missions, le PLS-PHV s'appuie sur les orientations stratégiques et principes directeurs du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2011 -2015.

IV.6.1 Multisectorialité

La stratégie multisectorielle consiste à susciter la mobilisation , l'engagement et l'implication de tous les acteurs intervenant dans tous les secteurs de développement du pays en direction des PHV.

Ainsi, le PLS-PHV devra susciter l'implication de toutes les composantes du secteur public, du secteur privé et de la société civile et professionnelle dans la lutte contre le VIH et le sida à l'endroit des PHV.

IV.6.2 Décentralisation

Dans le cadre de la lutte contre le Sida, l'Etat ivoirien a transféré certaines responsabilités de fonctions publiques, de l'administration centrale, vers des organes relativement autonomes composés des représentants de tous les acteurs et bénéficiaires des secteurs publics, privés, de la société civile et confessionnelle. Cette politique de décentralisation permet aux citoyens de s'impliquer davantage dans la planification des interventions, la mobilisation et la gestion des ressources nécessaires à la lutte contre le sida dans toutes les localités.

Le PLS-PHV s'appuie sur toutes ces structures décentralisées pour organiser la réponse nationale de la lutte contre le VIH/sida en direction des PHV.

IV.6.3 Gestion Axée sur les Résultats

Cette approche de gestion permet de mettre l'accent sur la performance et la résolution des difficultés dans la mise en œuvre des programmes et projets de lutte contre le Sida afin de mesurer les changements souhaités. De ce fait une réelle cohérence est établie entre les différents niveaux de la chaîne de résultats (processus, effet et impact) jusqu'aux stratégies définies.

IV.6.4 Bonne Gouvernance

Dans l'optique de s'assurer que les changements attendus de l'exécution des programmes et/ou projets de lutte contre le sida seront effectifs et serviront aux intérêts des Populations Hautement Vulnérables, des dispositions spécifiques ont été prises. L'accent a été mis sur la définition des mécanismes de mise en œuvre, de procédures de gestion, de même que le renforcement des capacités des organes de coordination et de suivi. Ces mesures visent à renforcer la responsabilité, la transparence, l'implication de toutes les parties prenantes, de même que l'obligation des acteurs à rendre compte des prestations, de la gestion des ressources et des résultats obtenus.

Dans le cadre de la mobilisation et la gestion des ressources, le PLS -PHV veille au respect des principes clés de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'Aide au développement. Ce sont l'Appropriation, l'Harmonisation, l'Alignement, la Gestion axée sur les Résultats et la Responsabilité mutuelle. Il s'agit pour le PLS-PHV de veiller à ce que :

- Les PMO s'approprient réellement la coordination des appuis techniques et financiers ;
- Les Partenaires techniques et financiers respectent les stratégies, les institutions et les procédures nationales ;
- Les actions des bailleurs soient mieux coordonnées, harmonisées et plus transparentes ;
- La gestion des ressources soit axée sur les Résultats ;
- La responsabilité de tous (nationaux et partenaires) soit engagée dans l'atteinte des résultats.

IV.6.5 Implication des PHV vivant avec le VIH

La forte implication des PHV vivant avec le VIH continuent d'influencer tout processus de décisions stratégiques et opérationnelles lors de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes et projets à leur endroit. Il s'agit de s'appuyer sur les organes de coordination existants pour faciliter la participation effective des PVVIH dans les instances de prise de décision.

IV.6.6 Genre, Droits Humains et Equité

Dans le cadre du développement des programmes et projets en direction des PHV, un accent particulier est mis sur la réduction des inégalités liées au genre, aux Droits Humains et à l'équité dans l'accès aux services. Dans ce processus, le PLS-PHV s'appuie sur le document de Stratégie Nationale relatif aux Violences basées sur le genre, ainsi que le Guide national d'intégration du VIH tenant compte du genre dans les plans d'actions sectoriels et décentralisés.

IV.6.7 Respect de l'environnement

Les activités de prévention et de prise en charge du VIH/sida chez les PHV produisent des déchets médicaux qui posent un réel problème de santé publique et d'environnement en Côte d'Ivoire. La mise en œuvre des programmes et projets en direction des PHV prend en compte la gestion écologiquement rationnelle de ces déchets pour contribuer à la limitation de la propagation du VIH/Sida conformément à la politique nationale de gestion des déchets et produits biomédicaux.

IV.6.8 Intégration des programmes et des Services

Dans l'optique d'améliorer la coordination stratégique et opérationnelle des interventions en direction des PHV au sein du MSLS, un cadre de concertation et d'échange a été créé entre le PLS-PHV et les autres programmes directement liés dans la prise en charge globale des PHV vivant avec le VIH. Ainsi des rencontres périodiques sont organisées pour veiller à la prise en compte des PHV dans leurs interventions respectives.

Les services offerts aux PHV doivent être intégrés. Il s'agit de développer des synergies entre les services de Santé de la Reproduction (Planification Familiale, Santé Maternelle et Néonatale, prévention et gestion des IST, promotion de la santé sexuelle, prévention et gestion de la violence sexiste), ceux du VIH (prévention, traitement, soins et soutien), ceux de l'hépatite virale ainsi que les services en rapport avec les autres pandémies (tuberculoses, paludisme et c.)

Des stratégies relatives aux interventions en direction des PHV ont été également développées avec des spécificités pour chaque population cible :

Stratégies ciblant les PS

- Renforcement des structures médicales et communautaires pour l'offre des services pour la prévention du VIH et la prise en charge des IST chez les PS
- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du préservatif masculin et féminin chez les PS et leurs clients
- Promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif masculin et féminin chez les PS et leurs partenaires
- Renforcement des capacités organisationnelles, techniques et matérielles des associations de PS et des organes de coordination.

Stratégies ciblant les MSM

- Renforcement des capacités des structures médicales et communautaires pour l'offre des services (IST/VIH/sida) pour les MSM ;
- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du préservatif masculin et du lubrifiant chez les MSM ;
- Promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif masculin ;
- Renforcement des capacités organisationnelles, techniques et matérielles des associations de MSM et des organes de coordination.

Stratégies ciblant les Populations carcérales, les Personnes s'injectant de la drogue, les routiers et les migrants

- Renforcement des capacités des acteurs et des structures pour la mise en œuvre des programmes de prévention des IST/VIH/sida spécifiques à ces groupes cibles ;
- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du préservatif masculin et féminin chez ces groupes cibles.

V. DOMAINES D'INTERVENTIONS ET COMPOSANTES

Dans l'optique d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés et conformément aux axes stratégiques, le PLS-PHV coordonne les activités de prévention selon les domaines d'actions prioritaires du PSN.

V.1 Prévention

Pour la réalisation de ses missions, le PLS-PHV coordonne les interventions de prévention en direction des PHV à travers trois domaines d'action prioritaire que sont la Communication pour le Changement de Comportement (CCC), la prise en charge des IST et le renforcement des capacités des partenaires de mise en œuvre.

V.1.1 Communication pour le Changement de Comportement

Sur la base des supports de communication développés et validés au plan national, les acteurs communautaires mènent des activités de sensibilisation de proximité sur les différents sites à travers les éducateurs de pairs. L'objectif de ces séances de sensibilisation est d'amener les PHV à adopter des comportements à moindre risque et à faire leur test de dépistage.

V.1.2 Prise en charge des IST

A partir des centres de santé sélectionnés avec l'appui du PNPEC et du PLS-PHV, les partenaires mettent à disposition des kits IST constitué selon le protocole national de prise en charge des IST dans ces centres.

Le PLS-PHV veille en étroite collaboration avec le PNPEC, au respect de cette politique et à l'approvisionnement régulier des kits IST au sein de ces centres selon le circuit national d'approvisionnement en médicaments essentiels. Les PHV utilisent les services de prise en charge à partir des informations reçus lors des séances de CCC afin d'améliorer leur état de santé.

V.1.3 Renforcement des capacités

Tous les partenaires offrant des services en direction des PHV sont répertoriés par le PLS -PHV qui contribue au renforcement des capacités fonctionnelles des Partenaires de Mise en Œuvre (PMO) et au renforcement des compétences des acteurs. Il s'agit en effet pour le PLS-PHV de faciliter le processus d'approvisionnement en intrants, la formation des acteurs, les supervisions et la mise à la disposition des outils et manuels de référence.

V.2 Impact socio économique

Dans le souci permanent de créer les conditions d'autonomisation des PHV et de leur permettre de sortir de leur situation de vulnérabilité élevée, le PLS-PHV s'atèle conformément à ses missions à mobiliser davantage de ressources pour les PHV. Cette approche contribue fortement à la pérennisation des interventions des PMO.

V.2.1 Renforcement des capacités

Le renforcement des capacités relatif à l'impact socio économique concerne le soutien économique et « l'Empowerment » des PHV.

V.2.2 Soutien pour le renforcement économique

Le PLS-PHV veille à la prise en compte du soutien économique des PHV par les PMO à travers la mise en œuvre des AGR par les PHV et à leur formation sur les notions de comptabilité simplifiée et de gestion en vue de garantir la pérennité de leurs activités.

V.2.3 Empowerment

Le PLS-PHV veille au soutien des PHV en termes de moyens et d'aptitude à se prendre en charge soi-même pour qu'ils puissent s'affirmer, se sentir plus fort, pour être plus autonome, pour avoir plus de confiance en soi et pour avoir un pouvoir de décision.

Le PLS-PHV facilite l'intégration du concept de « l'Empowerment » dans les programmes et projets ciblant les PHV sur l'ensemble du territoire.

V.3 Gouvernance et gestion de la réponse nationale

Le PLS-PHV pour relever le défi de la gestion des programmes et projets par les partenaires en Côte d'Ivoire, effectue des plaidoyers auprès de ses partenaires pour s'assurer de la bonne gouvernance des ressources mis à leur disposition. En effet, il s'agit pour ces partenaires de démontrer leur capacité de gestion des ressources humaines, matérielles et financières à travers le strict respect des procédures de gestion recommandées par la déclaration de Paris. Cette

approche permettra de faciliter les audits et de renforcer le partenariat entre les PMO et les partenaires techniques et financiers.

V.3.1 Coordination

Le leadership en matière de coordination des interventions en direction des PHV est assuré par le PLS-PHV sur l'ensemble du territoire national à travers différents mécanismes de coordination notamment les Groupes Techniques de Travail (GTT/PHV), les plates formes des organisations selon les cibles et les ateliers bilans périodiques.

En outre, cette coordination s'effectue en lien avec les autres programmes touchant les PHV dans la réponse à la pandémie du VIH/sida. Il s'agit essentiellement du PNPEC, PNLT, PNLP, PNLHV et le PNMT.

Au niveau intermédiaire et périphérique, la coordination des activités s'appuie sur les unités opérationnelles à travers les conseils régionaux, départementaux, communaux, villageois de lutte contre le VIH/sida.

V.3.2 Mobilisation et Gestion des ressources

Sur la base d'un plan de mobilisation des ressources, le PLS -PHV organise des rencontres de plaidoyer en s'appuyant sur son Plan de Travail Annuel (PTA) et son plan d'extension des interventions en direction des PHV afin de mobiliser davantage de ressources.

V.3.2.1 Mobilisation des ressources

Des rencontres de plaidoyers périodiques et régulières sont réalisées auprès des partenaires au développement en vue d'exprimer la pertinence des activités et de solliciter leur assistance effective conformément à leur domaine d'intervention afin d'atteindre les objectifs du PLS-PHV et ceux du PSN.

V.3.2.2 Gestion des ressources

Dans le but d'assurer une gestion rigoureuse et efficiente, le PLS -PHV dispose d'un Service Administratif et Financier (SAF) compétent avec une forte implication de la DAAF du MSLS.

Le personnel de la DAAF assure essentiellement la gestion des ressources humaines, matérielles et financières.

Toutefois, la gestion des stocks des intrants (condoms et gels lubrifiants) acquis avec les autres partenaires est assurée par un pharmacien responsabilisé à cet effet. Les autres intrants comme

les kits IST sont gérés par la Pharmacie de la Santé Publique selon les procédures internes d'approvisionnement et de réapprovisionnement des sites de prise en charge IST.

V.3.2.3 Audit et contrôle de gestion des ressources

Les ressources allouées au PLS-PHV sont utilisées en respectant les procédures en vigueur contenues dans le manuel de procédures internes. L'utilisation des ressources allouées au PLS-PHV obéit à un contrôle hiérarchique et à un contrôle interne périodique de la gestion des ressources afin de garantir la traçabilité et fiabilité de toutes les transactions.

En outre, un audit externe est planifié chaque année pour vérifier la sincérité des comptes du PLS-PHV conformément aux procédures en vigueur.

V.3.3 Renforcement des capacités en gestion des ressources

Le PLS-PHV apporte une assistance technique à son personnel sur les principes de la gestion et de la bonne gouvernance pour faciliter la mise en œuvre des programmes et projets. Il s'agit de la gestion des ressources humaines, matérielles, informationnelles, financières, temporelles,

En outre, le PLS-PHV encourage et apporte son appui technique aux PMO sur ces principes en tenant compte de la Déclaration de Paris.

VI. MECANISME DE SUIVI EVALUATION

Le mécanisme de suivi-évaluation du PLS-PHV obéit au Système National d'Information Sanitaire(SNIS). Il intègre de façon spécifique toutes les structures ou les organes de lutte contre le VIH/sida existant à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Il prend en compte : la Planification, les Indicateurs nationaux PHV, les Activités de suivi, la Supervision, la Gestion et contrôle de la qualité des données, les Outils de collecte, le Circuit de l'information, la Retro-information, l'Evaluation, la Surveillance épidémiologique et la Recherche opérationnelle.

VI.1 Planification

Le PLS-PHV s'appuie sur le PSN pour élaborer un plan opérationnel annuel en vue de coordonner, de suivre et d'évaluer les plans d'actions des PMO. Il s'agit de veiller scrupuleusement au respect des directives nationales.

VI.2 Indicateurs nationaux PHV

Les principaux indicateurs nationaux (voir annexes) permettent d'apprécier l'atteinte des objectifs du PLS-PHV. Ils s'inscrivent dans le cadre des indicateurs UNGASS qui répondent aux résultats attendus du PSN. Le PLS-PHV synthétise des données qui lui sont transmises par les DRSLs conformément au circuit de l'information pour renseigner les indicateurs nationaux en vue de faciliter le suivi et l'évaluation des différentes interventions .

Comment [g2]: Numéroté les annexes et dans le texte on doit voir (annexe X)



type d'indicateur	Indicateurs	Fréquence de collecte	Méthode et définition	Source de vérification	Responsables
Indicateur essentiel	Nombre de préservatifs (mâles & femelles) distribués [désagrégés par genre] pendant les trois derniers mois	Trimestrielle	Suivi et collecte de données de routine. C'est le nombre total de préservatifs masculins ou féminins distribués gratuitement toutes sources confondues	Fiche et rapport d'activités	PVO
Indicateur essentiel	Nombre de préservatifs (mâles & femelles) distribués selon le type d'activité pendant les trois derniers mois [désagrégés par genre]	trimestrielle	Suivi et collecte de données de routine. C'est le nombre de préservatif distribués selon le type d'activité.	Fiche et rapport d'activités	PVO
Indicateur essentiel	Nombre de PHV (PS, UD, PC, ROUTIER, MIGRANT) touchées lors des séances de sensibilisation de proximité sur les moyens de prévention du VIH durant les trois derniers mois [désagrégé par type de population]	Trimestrielle	Collecte données de routine : compter le nombre de PHV présentes lors de séances de CCC	Fiche et rapport d'activités	PVO
UNGASS	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus [désagrégées par sexe et par âge, par type de population]	02 ans	Evaluation de la connaissance des PHV (Enquêtes rapides)	Rapport d'enquête	DPSE/DIP E/MSLS
Indicateur essentiel	proportion d'IST diagnostiquées et Traitées les trois derniers mois chez les PHV (PS, UD, PC, ROUTIER, MIGRANT) au cours des consultations de routine	Trimestrielle	Collecte de données de routine, il s'agit du nombre d'IST diagnostiquées et Traitées les trois derniers mois chez les PHV (PS, UD, PC, ROUTIER, MIGRANT) au cours des consultations de routine rapporté au nombre total de consultations à la même période	Registre de consultation et rapport d'activité	PVO
Indicateur essentiel	Pourcentage des populations les plus à risque (PS, UD, PC, ROUTIER, MIGRANT) conseillées et dépistées au VIH [désagrégées par sexe et par âge ; résultat : positif ou négatif]	trimestrielle	Suivi et collecte de données de routine : Rapport entre le nombre de PHV conseillées et testées au VIH et le nombre de PHV conseillées pour le dépistage	Registre et rapports d'activités	PVO
Indicateur essentiel	Proportion de PHV (PS, UD, PC, ROUTIER, MIGRANT) dépistées pour le VIH et qui connaissent leur statut sérologique [désagrégées par sexe et par âge]	trimestrielle	Suivi et collecte de données de routine : Rapport entre le nombre de PHV conseillées, testées au VIH et reçu leur résultat et le nombre de PHV conseillées et testées au VIH	Registre et rapports d'activités	PVO
Indicateur essentiel	Proportion de PHV (PS, UD, PC, ROUTIER, MIGRANT) dépistées positives au VIH [désagrégé par sexe type de population et par âge]	trimestrielle	Suivi et collecte de données de routine : Rapport entre le nombre de PHV conseillées, testées dont le résultat du test est positif et le nombre de total de PHV conseillées et testées au VIH quel que soit le résultat	Registre et rapports d'activités	PVO
Indicateur essentiel	Pourcentage de PHV (PS, UD, PC, ROUTIER, MIGRANT) infectées par le VIH sous traitement ARV [désagrégé par sexe, type de population et par âge]	Trimestrielle	Collecte de données de routine : Rapport entre le nombre PHV avec une infection au VIH qui reçoivent une thérapie antirétrovirale et le nombre des PHV dépistées positives au VIH	Registre et rapports d'activités	PVO

UNGASS	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	02 ans	enquête : Rapport entre le nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue et le nombre de consommateurs de drogues injectables enquêtés	Rapport d'enquête	PMO/PLS-PHV
UNGASS	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel	02 ans	enquête : Rapport entre le nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un servait lors de leur dernier rapport sexuel et Nombre de personnes interrogées déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois précédent l'enquêtés	Rapport d'enquête	PMO/PLS-PHV
UNGASS	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (genito-anal) avec un partenaire masculin	02 ans	enquête : Rapport entre le nombre d'homme déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annal avec un partenaire masculin et le nombre MSM enquêtés	Rapport d'enquête	PMO/PLS-PHV
UNGASS ;	Pourcentage des professionnels du sexe qui rapportent avoir utilisé le préservatif avec leur dernier client [Désagrégé par âge, sexe]	02 ans	Enquête : Rapport entre le nombre de PS qui rapportent avoir utilisé le préservatif avec leur dernier client et le nombre de PS enquêtée	Rapport d'enquête	PLS-PHV/PMO
Indicateur essentiel	Proportion de PHV (PS, MSM, MIGRANTS, ROUTIER) qui déclare avoir utilisée des drogues durant les 12 derniers mois (désagrégé par types, sexe, âge)	annuelle	Enquête rapide, il s'agit du nombre de PHV qui avoir utilisées des drogues durant les 12 derniers mois (désagrégé par types, sexe, âge) sur le nombre de PHV enquêtées	Rapport d'enquête	PLS-PHV/PMO
Indicateur essentiel	Nombre de PHV vivant avec le VIH touché par les séances de sensibilisation de proximité sur les moyens de prévention du VIH	trimestrielle	C'est le Nombre de PHV vivant avec le VIH touché par activités de prévention positives	Registre et rapports d'activités	PMO

Matrice des indicateurs PHV

VI.3 Activités de suivi

Le suivi est réalisé selon le plan d'action annuel du PLS -PHV à partir d'un tableau de bord permettant de faire le suivi mensuel des activités planifiées.

Le suivi des activités au niveau périphérique est effectué à travers les points focaux PHV identifiés dans les Directions Régionales et les Directions Départementales de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

VI.3.1 Supervision

A partir d'un plan de supervision validé avec les partenaires au début de chaque année, le PLS-PHV effectue des supervisions trimestrielles des acteurs en vue d'améliorer la qualité des services délivrés en direction des PHV. Les supervisions et les coachings peuvent être conjoints regroupant, le PLS-PHV, le partenaire technique et le point focal PHV de la Direction Régionale de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

VI.3.2 Gestion et contrôle de la qualité des données

La gestion des données au niveau du PLS-PHV est réalisée par le service de Suivi-Evaluation à partir d'une base de données. Ce service élabore des rapports trimestriels et un rapport annuel des interventions en direction des PHV sur l'ensemble du territoire. Au sein de ce service, il existe une unité de gestion des données et une unité de contrôle de la qualité des données.

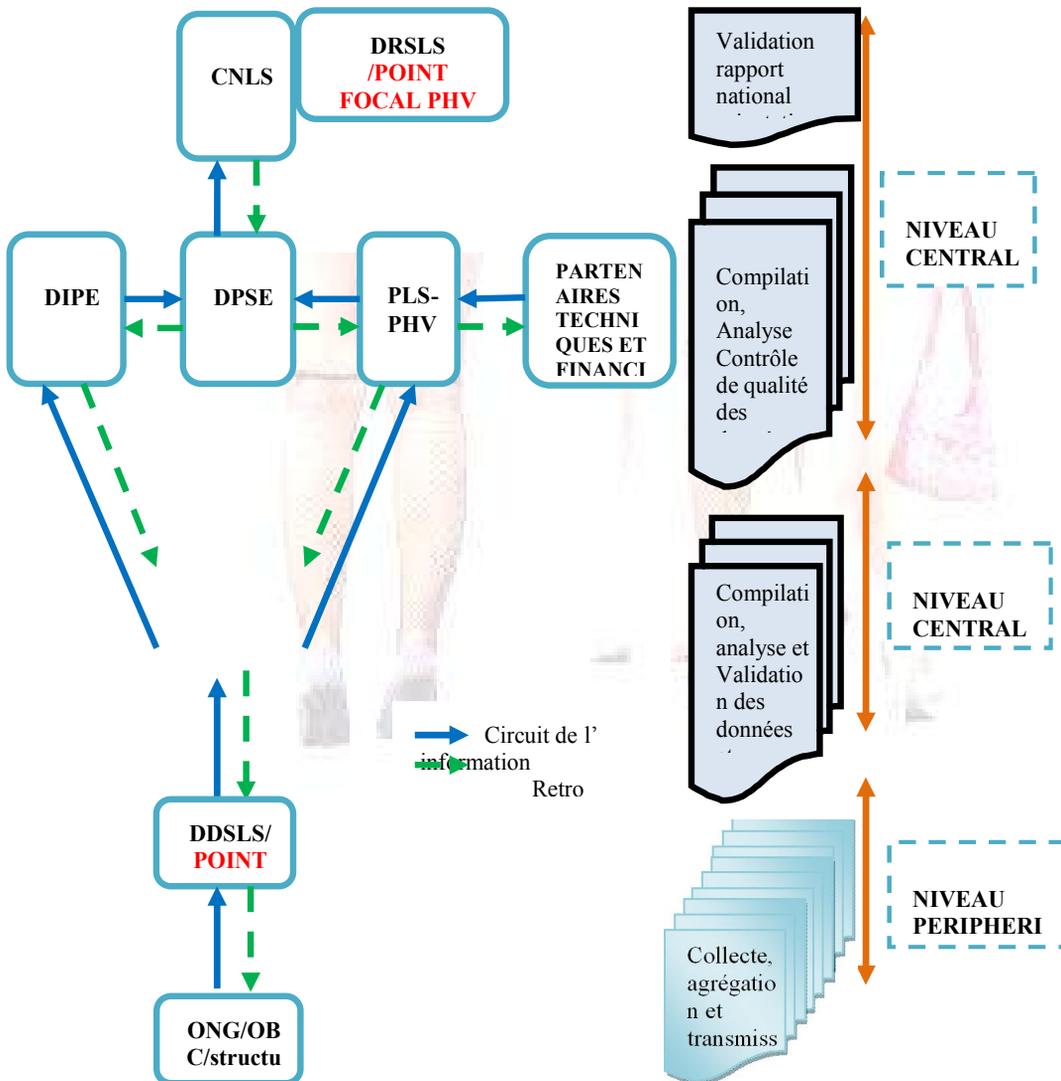
L'unité de gestion de données collecte, compile et analyse les données recueillies.

L'unité de contrôle qualité s'approprie les données agrégées mises à sa disposition par l'unité de gestion des données afin de vérifier la fiabilité, la concordance, la cohérence et l'exactitude avec les données disponibles au niveau périphérique (PMO/districts sanitaires) et intermédiaire (DRSLS),

VI .4 Outils de collecte

La collecte des données se fait à partir d'outils validés au plan national. Le rapportage trimestriel des activités s'effectue selon un canevas harmonisé mise à la disposition des PMO.

VI.5 Circuit de l'information



C Diffusion et retro-information

De façon trimestrielle, le PLS-PHV au cours des réunions du GTT PHV, présentera le rapport consolidé sur les PHV aux partenaires techniques et en tirera les recommandations.

Ce rapport trimestriel et les recommandations du GTT seront diffusés auprès de tous les partenaires intervenant sur les PHV.

VI.6 Evaluation

Pour chaque cible des PHV, le PLS-PHV conduira une analyse initiale prenant en compte les analyses situationnelles, les cartographies, etc. Ensuite, il procède à une évaluation à mi-parcours pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du P MO par cible, identifier les goulots d'étranglement et proposer des actions correctrices. Enfin, une évaluation quinquennale est prévue dans le but de mesurer l'impact des interventions de lutte contre le VIH/sida en direction des PHV conformément au PSN.

VI.7 Surveillance épidémiologique

Dans le souci permanent d'avoir des données relatives à la prévalence du VIH chez les PHV, le PLS-PHV a fortement contribué à la mise en place d'un mécanisme de surveillance épidémiologique de seconde génération en étroite collaboration avec la DIPE. Il s'agit d'assurer la surveillance bio-comportementale des PHV afin de mesurer l'impact des interventions et le niveau d'alerte de l'épidémie sur la population cible.

VI.6 Recherche opérationnelle

Des études ou enquêtes sont initiées ou effectuées par le PLS -PHV en étroite collaboration avec les partenaires afin de mieux comprendre la problématique des PHV et développer des approches novatrices en leur direction. Il s'agit entre autre de connaître les facteurs socio démographiques et bio-comportementaux expliquant la vulnérabilité des PHV et développer des stratégies adaptées à chaque cible.

CONCLUSION

Les populations clés les plus exposées au risque d'infection à VIH sont aujourd'hui, des populations dont il faut absolument tenir compte dans la réponse nationale au VIH si l'on veut avoir un impact considérable sur la réduction de la prévalence du VIH/sida au sein de la population générale. Plusieurs opportunités de financement s'orientent vers ces populations qu'il convient nécessairement d'intégrer aux programmes de lutte contre le VIH/sida. Aussi, l'élaboration d'un document de politique décrivant la vision de la Côte d'Ivoire en matière de lutte contre les IST et le VIH/sida en direction des PHV donne-t-il des orientations claires pour guider les partenaires et harmoniser leurs interventions.

Les grandes orientations de ce document s'articulent autour des axes stratégiques définis par le PSN 2011-2015. L'appropriation de ce document de politique par tous les acteurs des secteurs publics, privés, société civile y compris les PVVIH et les partenaires au développement menant des interventions en direction des PHV est indispensable pour bâtir ensemble une Côte d'Ivoire sans VIH/sida.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AIDS 2005 Dec 2; 19(18):2133-40. HIV infection and sexually transmitted infections among men having sex with men in Senegal. Wade A.-S., Kane C.-T., Diallo P.-A., Diop A.-K., Geyes K., Ndoye I., Lagarde E.

Le sida et les rapports sexuels entre hommes en Afrique noire, Sappe R., Observatoire socio-épidémiologique du sida et des sexualités, Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, sept 2003 (1re version automne 2002).

(7) Christophe Broqua, Vulnérabilité des hommes ayant des pratiques homosexuelles à Dakar, Transcriptases n° 117, juillet-août 2004.

8. Sa thèse de doctorat est en cours et porte sur la construction de l'identité homosexuelle chez le sujet camerounais au temps de sida.

9. Dictionnaire Wikipedia, internet

10. Meystre-Agustoni G., Populations particulières et prévention du VIH/sida, les travailleurs du sexe : revue de littérature. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (raisons de santé 98)

11. Rapport Family Health International-CI, 2009

12. Vuylsteke B .Sika L. Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des professionnelles du sexe vis-à-vis des IST/VIH/sida dans 8 départements les plus affectés par la crise, ENSEA, UNFPA, 2007

13. Rick Lines et Coll., Déclaration sur le VIH/sida dans les prisons d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, 2005 Irish Pénal Reform Trust, Irlande

14. IHRA, "Global State of Harm Reduction 2008: Regional Overview Sub-Saharan Africa", Available from www.ihra.net

15. Mathers BM et al., "Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review", Lancet, 2008, 372, 9651, 1733-4

16. IHRA, "Global State of Harm Reduction 2008: Regional Overview Sub-Saharan Africa", Available from www.ihra.net

17. 9. Koffi J, communication orale. International Conference on Aids and STI in Africa, 3-7 décembre 2008, Dakar, Senegal

18 JC1696_UNAIDS_GuidanceNote_HIVandSex-Workers_fr.indd Sec1:8 23/09/2009 11:23:47

Comment [g3]: Préciser ci documents consultés ou références biblio précisés dans le texte. On peut faire 2 groupes. Ajouter les nouvelles