

Table des matières

1.	CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	05
2.	GENERALITES ET EPIDEMIOLOGIE VIH SUR LES POPULATIONS CLES HSH, TS ET UD EN CÔTE D'IVOIRE..	06
2.1.	INFECTION A VIH AU SEIN DES HSH EN CI.....	07
2.2.	INFECTION A VIH AU SEIN DES TS EN CI.....	08
2.3.	INFECTION A VIH AU SEIN DES UD EN CI.....	09
2.4.	JUSTIFICATION DE LA NECESSITE D'UN DOCUMENT NORMES NATIONALES DE PREVENTION COMBINEE (TS, HSH, UD).....	10
2.5.	DEFINITIONS, TYPOLOGIE ET VULNERABILITE DES POPULATIONS CLES HSH, TS ET UD.....	10
2.5.1.	HSH.....	10
2.5.1.1.	TRANSGENRE.....	10
2.5.1.2.	HSH/UD.....	11
2.5.1.3.	HSH/TS.....	11
2.5.2.	TRAVAILLEUR(SE)S DU SEXE (TS).....	11
2.5.2.1.	CLIENTS DES TS.....	12
2.5.3.	UD.....	12
2.5.4.	AUTRES TERMILOGIES UTILISEES DANS LE MILIEU.....	13
3.	DEFINITION ET PRINCIPES.....	14
3.1.	DEFINITION DU PMA.....	14
3.2.	CONTENUS ET APPROCHES POUR LES PMA.....	14
4.	COMPOSANTES DES SERVICES.....	16
4.1.	CONTENU DU DOCUMENT DE NORMES NATIONALES (PMA COMBINE).....	21
4.2.	PMA COMMUN A TOUTES LES POPULATIONS CLES (UD, TS, HSH).....	22
4.2.1.	FORMATION ET/OU MISE A NIVEAU DES ACTEURS DE PREVENTION.....	23
4.2.2.	PREVENTION PAR LA CCC DES IST, DU VIH ET DE L'HEPATITE B.....	25
4.2.3.	PROMOTION DE L'UTILISATION ET DISTRIBUTION DE PRESERVATIFS ET GELS LUBRIFIANTS....	27
4.2.4.	DEPISTAGE CONSEILS DU VIH.....	29
4.2.5.	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES IST.....	31
4.2.6.	PRISE EN CHARGE PAR LES ARV ET PREVENTION-TRAITEMENT DES INFECTIONS OPPORTUNISTES	33
4.2.7.	PROMOTION DU RESPECT DES DROITS HUMAINS.....	35
4.2.8.	ACCES AUX SERVICES DE SANTE MENTALE.....	36
4.3.	COMPOSANTES SPECIFIQUES.....	38
4.3.1.	COMPOSANTES DE SERVICES SPECIFIQUES AUX TRAVAILLEURS (SES) DU SEXE.....	40
4.3.1.1.	ACCES AUX SERVICES JURIDIQUES, SOCIAUX ET DE SANTE.....	41
4.3.1.2.	ACCES AUX SERVICES DE PF ET PTME.....	42

4.3.1.3.ACES AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRE POUR LES TS ET LEURS ENFANTS.....	43
4.3.2. COMPOSANTES DE SERVICES SPECIFIQUES AUX UTILISATEURS DE DROGUE (UD).....	44
4.3.2.1.TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES (TSO) ET AUTRES TRAITEMENTS DES ADDICTIONS.....	44
4.3.2.2.REDUCTION DE RISQUES POUR LES UD.....	45
4.3.2.3.PREVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES HEPATITES VIRALES B ET C.....	46
4.3.2.4.PREVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE.....	47
5. ORGANISATION DE L'OFFRE DE SERVICES.....	48
5.1. MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENT REQUIS.....	49
5.2. RESSOURCES HUMAINES POUR L'OFFRE DE SERVICES.....	51
5.3. SPÉCIFICITÉS DE L'OFFRE DE SERVICE EN STRATÉGIE MOBILE.....	51
6. SUIVI ET EVALUATION.....	52
6.1. SUPERVISION.....	52
6.2. OUTILS DE SUIVI DES INTERVENTIONS DU PMA.....	52
6.3. INDICATEURS.....	52
CONCLUSION.....	55

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: SYNTHÈSE DES DIRECTIVES DE L'OMS POUR LES POPULATIONS CLÉS.....	21
Tableau 2: SYNTHÈSE DES FACTEURS DÉTERMINANTS DE RÉUSSITE.....	23
Tableau 3: BÉNÉFICIAIRES, ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE ET FACILITANTS PAR DOMAINE D'INTERVENTION DES PMA.....	24
Tableau 4: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD.....	27
Tableau 5 : COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD.....	28
Tableau 6: FORMATION ET/OU MISE A NIVEAU DES ACTEURS DE PREVENTION POUR HSH - TS - UD.....	29
Tableau 7: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD.....	30
Tableau 8: PREVENTION PAR LA CCC DES IST, DU VIH ET DE L'HEPATITE B.....	30
Tableau 9: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD.....	32
Tableau 10: PROMOTION DE L'UTILISATION ET DISTRIBUTION DE PRESERVATIFS ET GELS LUBRIFIANTS.....	32
Tableau 11: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD.....	34
Tableau 12: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD.....	35
Tableau 13: DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES IST.....	36
Tableau 14: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD.....	37
Tableau 15: PEC ARV ET PREVENTION-TRAITEMENT DES INFECTIONS OPPORTUNISTES (IO)	38
Tableau 16: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD.....	39
Tableau 17: PROMOTION DU RESPECT DES DROITS HUMAINS.....	40
Tableau 18: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD.....	42
Tableau 19: ACCES AUX SERVICES DE SANTE MENTALE.....	42
Tableau 20: COMPOSANTES SPECIFIQUES.....	44
Tableau 21: AUTONOMISATION DES TS.....	44
Tableau 22: ACCES AUX SERVICES JURIDIQUES, SOCIAUX ET DE SANTE.....	45
Tableau 23: ACCES AUX SERVICES DE PF ET PTME.....	46
Tableau 24: ACCES AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRE POUR LES TS ET LEURS ENFANTS	47
Tableau 25: TSO ET AUTRES TRAITEMENTS DES ADDICTIONS.....	48
Tableau 26: REDUCTION DE RISQUES POUR LES UD	49
Tableau 27:PREVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES HEPATITES VIRALES B ET C.....	50
Tableau 28: PREVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE.....	51
Tableau 29: SYNTHESE DES COMPOSANTES DES SERVICES DES PMA PAR CIBLE.....	52
Tableau 30: MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS NÉCESSAIRES DANS LES SA/SAI.....	55
Tableau 31: INDICATEURS DE RÉFÉRENCE POUR LE PMA AU PROFIT DES HSH, TS et UD.....	59

LISTE DES ACRONYMES

AGR	: Activités Génératrices de Revenus
AOC	: Afrique de l'Ouest et du Centre
ARV/TAR	: Antirétroviral/ Thérapie Antirétroviral
CCC/CS	: Communication pour un Changement de Comportement /Changement social
CD	: Conseil Dépistage
CD4	: Lymphocytes T-CD4+
CDI	: Consommateurs de Drogues Injectables (ou par Injection)
CDIP	: Conseil Dépistage du VIH à l'initiative du prestataire
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CNLS	: Conseil National de Lutte contre le Sida
DGS	: Direction Générale de la Santé
DIC	: Drop-In-Center
EP	: Educateur(rice) des Pairs
ESDG	: Enquête de Surveillance de Deuxième Génération
HSH	: Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
IEC	: Information Education Communication
IO	: Infections Opportunistes
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
LGBTI	: Lesbiennes Gays Bisexuels Transgenres et Intersexués
LIDHO	: Ligue Ivoirienne des Droits de l'Homme
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OCAL	: Organisation du Corridor Abidjan-Lagos
ODD	: Objectifs pour le Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
ONUDC	: Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime
OSC	: Organisation de la Société Civile
PEC	: Prise En Charge
PID	: Personnes qui s'Injectent des Drogues
PMA	: Paquet Minimum d'Activité
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PPL	: Personnes Privées de Liberté
PR	: Récipiendaire Principal
PS/TS	: Professionnel de Sexe / Travailleur de Sexe
PSF	: Professionnelles de Sexe Féminin
PSI	: Population Service International
PSN	: Plan Stratégique National
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
SA	: Service Adapté
SAI	: Service Adapté Intégré
SHARM	: Etude sur le VIH et les facteurs de risques associés
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SR	: Sous-Récipiendaire
SSR	: Sous-Sous-Récipiendaire
TAAN	: Tests d'Amplification des Acides Nucléiques
TB	: Tuberculose
TSA	: Travailleur de Sexe Affiché
TSC	: Travailleur de Sexe Clandestine
CDI/PID	: Consommateur de Drogue Injectable/Personnes qui s'injectent des drogues
ONUDC	: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
USAID	: Agence des Etats Unis pour le Développement International
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
TSO	: Traitement de Substitution aux Opiacés

1

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La Côte d'Ivoire détient la prévalence du VIH la plus importante de l'Afrique de l'Ouest, avec un taux de 3,7%. Cette situation épidémiologique de type mixte généralisé, et particulièrement concentrée chez les populations hautement vulnérables (PHV). Et les autorités de santé se montrent très volontaires pour s'attaquer à l'épidémie chez cette catégorie de population.

En effet, depuis 2008, le gouvernement adresse de façon spécifique la problématique des Populations Haute-ment Vulnérables (PHV), avec un accent particulier sur les populations clés que sont les HSH, les UD, TS et les PC.

Le programme de lutte contre le VIH chez les PHV a alors été mis en place (PLS-PHV) et a eu pour vocation de coordonner toutes les activités de lutte contre le sida chez les PHV en Côte d'Ivoire, dont la conduite d'actions de recherche. Des études chez les TS, les HSH et les UD ont ainsi été menées récemment (2014_2016), et ont révélé des prévalences du VIH de 11,4%¹ chez les TS femmes, 29%² chez les HSH, UD 9.5%³, UD/TS 22.5%⁴, UD/HSH 39%⁵, UD/HSH/TS 52,6%⁶.

Cependant, le VIH n'est plus la seule raison de l'intensification des interventions à l'endroit de ces populations clés.

En effet, les UD, TS et HSH sont disproportionnellement affectés non seulement par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), mais aussi par des hépatites virales C (2,4%) et B (10,9%) chez les UD, ainsi que par la tuberculose (1,8%) chez les UD également par la syphilis. Les efforts obtenus ces dernières années dans la lutte contre le VIH risquent ainsi d'être compromis si on ne s'attaque pas à l'épidémie parmi les PHV.

Dans le cadre de l'élimination de l'infection à VIH, il est impérieux d'assurer une prise en charge complète et optimale de ces populations clés (TS, HSH, UD) d'où l'importance de l'élaboration de ce document de normes de prévention combinée afin de mieux organiser la réponse. Ce document est une référence première pour les acteurs aussi bien du système sanitaire que communautaire.

¹ IBBS/PS 2014

² IBBS/HSH 2015-2016

³ Rapport d'étude yapasdrap _ médecin du monde : Alliance CI 2014

⁴ Rapport d'étude yapasdrap _ médecin du monde : Alliance CI 2014

⁵ Rapport d'étude yapasdrap _ médecin du monde : Alliance CI 2014

⁶ Rapport d'étude yapasdrap _ médecin du monde : Alliance CI 2014

2

GENERALITES ET EPIDEMIOLOGIE DU VIH SUR LES POPULATIONS CLES HSH, TS ET UD EN CÔTE D'IVOIRE

Le concept de « population clé » a été souvent l'objet de débats entre les partenaires au développement et instances nationales de coordination de la riposte au VIH. Que ce soit lors de l'élaboration des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH (PSN), de l'élaboration des notes conceptuelles, de leurs négociations ou de la mise en œuvre effective des subventions, des questionnements persistent quant à la définition et la typologie des populations clés.

Dans le cadre de l'élaboration des notes conceptuelles, le formulaire du Fonds mondial⁷ suggère une typologie large afin de permettre aux pays de prendre en compte leurs spécificités en termes épidémiologiques, d'accès aux services (prévention et soins des IST et du VIH) et en matière de droits humains pour retenir une typologie adaptée à leur contexte.

Ainsi, le Fonds Mondial définit les populations-clés et vulnérables comme suit : « les femmes et les filles, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe hommes, femmes et transgenres ainsi que leurs clients, les prisonniers, les réfugiés et les migrants, les personnes vivant avec le VIH, les adolescents et les jeunes, les orphelins et enfants vulnérables ainsi que les populations dont la situation humanitaire est préoccupante. Il convient d'ajouter à ces groupes les personnes déplacées dans leur propre pays, les populations autochtones, les personnes vivant avec la tuberculose et les personnes travaillant dans un environnement propice à la transmission de la tuberculose et du paludisme ».

En absence d'une compréhension claire et de consensus, certains pays de la région ont opté pour le concept de « groupes spécifiques » qui s'apparente à une espèce de « fourre-tout ». Les études sur les modes de transmission (MoT) mises en œuvre dans certains pays depuis 2009 avec l'appui de l'ONUSIDA ont néanmoins permis de mieux cerner la typologie des populations clés.

Ainsi, depuis quelques années, sous l'égide de l'ONUSIDA, un consensus s'est globalement établi parmi les partenaires au développement, les structures de coordination de la réponse et acteurs nationaux de mise en œuvre des politiques au sujet des « populations clés » et des « groupes vulnérables » :

Les populations clés désignent les plus souvent quatre principaux groupes :

- Les professionnel (e)s de sexe et leurs clients ;
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ;
- Les personnes qui s'injectent des drogues (PID) et/ou utilisateurs de drogues (UD) ;
- Les personnes privées de liberté (PPL).

Le cadre de définition utilisé dans cette analyse de la situation est celui élaboré et publié par l'ONUSIDA⁸ en octobre 2014.

Le guide de terminologie élaboré par l'ONUSIDA fait également une distinction claire entre « populations clés » et « groupes vulnérables ». Les populations clés, également appelées « à risque élevé d'exposition au VIH » ou « à plus fort risque d'exposition au VIH » désignent les plus susceptibles d'être exposées au VIH ou de le transmettre.

⁷ Selon les Directives du Fonds mondial à l'usage des instances de coordination nationale, les populations-clés peuvent inclure: les femmes et les filles hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe hommes, femmes et transgenres ainsi que leurs clients, les prisonniers, les réfugiés et les migrants, les personnes vivant avec le VIH, les adolescents et les jeunes, les orphelins et enfants vulnérables ainsi que les populations dont la situation humanitaire est préoccupante en tenant compte dans chaque cas de critères liés à l'épidémiologie, les ainsi qu'aux droits de l'homme et au genre. A ces groupes, il conviendrait d'ajouter : les personnes déplacées, les populations autochtones, les personnes vivant avec la tuberculose et le paludisme et les personnes travaillant dans un environnement susceptible de faciliter la transmission de la tuberculose et du paludisme

⁸ UNAIDS Terminology Guidelines 2014

Elles sont caractérisées par des niveaux de prévalence nettement plus élevés que ceux observés dans la population générale. Dans la plupart des pays, les HSH, les personnes transgenres, les TS et leurs clients, les PPL ainsi que les UD sont plus exposés et leurs niveaux de prévalence du VIH sont très supérieurs à la prévalence en population générale (15-49 ans).

Quelque soit son mode ou la population dans laquelle elle intervient, la transmission résulte forcément d'une personne vivant avec le VIH. C'est pourquoi dans de nombreux pays, les « populations clés » incluent aussi les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Les partenaires seronegatifs dans les couples séro- différents sont évidemment aussi bien à risque d'infection à VIH. Cependant, au regard de ce qui précède, chaque pays doit être capable d'identifier les populations spécifiques dans lesquelles la dynamique de l'épidémie de VIH est la plus forte, en fonction du contexte épidémiologique spécifique dans lequel il se trouve. Cette spécificité pour la Côte d'Ivoire s'illustre par le choix des UD comme population clés en lien avec la consommation de la drogue.⁹

Les « groupes vulnérables » quant à eux, sont ceux dont les caractéristiques ou les circonstances sociales, culturelles et économiques qui les environnent peuvent les rendre plus fragiles par rapport au risque d'exposition aux IST ou au VIH, sans pour autant qu'ils concentrent l'épidémie. Il est ainsi admis qu'il existe un lien étroit entre différents types de mobilité et un risque accru d'exposition au VIH, selon la raison de la mobilité et de la mesure dans laquelle les gens sont en dehors de leur contexte social et les normes. Au vu de ce qui précède, une conclusion logique nous permet de dire que les déplacés internes, les réfugiés, les travailleurs migrants, les routiers, les corps habillés en service aux frontières/au-delà (missions de maintien de la paix) constituent la catégorie des groupes vulnérables.

2.1. INFECTION A VIH AU SEIN DES HSH EN CI

Les HSH ou Hommes qui ont des rapports Sexuelles avec d'autres Hommes, sont à l'échelle mondiale ¹⁰ 19 fois plus susceptibles d'être infectés par le VIH que le reste des personnes dans la "population générale". De plus, de multiples études clés ont montré que les HSH en Afrique sont à près de 19% plus susceptibles d'acquérir le VIH que la population générale. Ces chiffres montrent tous les deux, une situation alarmante des besoins des HSH en matière de santé en Afrique.

En Côte d'Ivoire, la situation épidémiologique du VIH est tout aussi alarmante, car le pays fait partie des pays les plus touchés par le VIH dans la région d'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) avec une prévalence de 3,7%.¹¹ Cette situation épidémiologique est généralisée et concentrée, mais particulièrement chez les populations clés.

Depuis 2008 donc, le gouvernement adresse de façon spécifique la problématique des PHV, avec un accent particulier sur les populations clés (qui ont été inscrits dans le PSN 2012-2015) dont font partie les HSH.

En 2009, une enquête formative réalisée au sein des HSH à Abidjan par CDC a mis en exergue la bonne organisation de ce groupe. Les résultats obtenus ont servi de données de base pour le plaidoyer auprès des bailleurs ; ce qui a abouti à la réalisation de l'enquête SHARM qui a permis de connaître la prévalence de cette population qui était de 18% et d'évaluer les facteurs de risque associés au VIH. Il en est ressorti que les risques individuels encourus par les HSH sont évidents en ce qui concerne les Infections Sexuellement Transmissibles (IST). En effet, l'étude a montré le multi partenariat (35,0%) ; la non utilisation systématique du préservatif lors des rapports anaux (66%) ; la non utilisation systématique du gel lubrifiant (73,3%) ; la non utilisation systématique du lubrifiant à base d'eau et du préservatif 89,9% des HSH .¹²

9 La consommation des formes injectables de la drogue n'étant pas cernée par les programmes

10Prévention et traitement de l'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes et chez les populations transgenres : Recommandations pour une approche de santé publique : OMS ; 2011

11EDS MICS III 2012

12PLS-PHV 2012 : Etude sur le VIH et les facteurs de risques associés parmi les HSH à Abidjan, CI (SHARM 2012)

Cette étude a aussi documenté en Côte d'Ivoire, les connaissances sur le VIH, la stigmatisation, l'offre de services, et les cas de violences faites aux HSH.

Des programmes en majorité développés par des organisations non gouvernementales (ONG) communautaires offrent une prise en charge holistique à travers un paquet minimum d'activités incluant notamment la réduction des violences perpétrées contre les HSH et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Un grand nombre de partenaires ont apporté leur appui au gouvernement ivoirien pour adresser efficacement la question HSH. Ce sont principalement : le CDC/PEPFAR ; l'UNFPA ; le PUMLS ; le Fonds Mondial ; l'USAID. Toutes ces initiatives ont eu pour but de promouvoir le changement de comportement et d'offrir des services de santé de qualité par le biais d'ONG dans différentes localités de la Côte d'Ivoire.

Cependant, l'étude IBBS menée en 2016 au sein des HSH révèle un taux de prévalence globale du VIH de 11,57%. L'épidémie reste donc fortement concentrée avec une prévalence élevée au sein de cette cible.

2.2. INFECTION A VIH AU SEIN DES TS EN CI

Sur la période 2012 à 2013, au niveau mondial, les professionnelles du sexe (PS) étaient estimées avoir 13,5 fois plus de chance de vivre avec le VIH que les autres femmes (Baral et al., 2012) et que l'Afrique de l'ouest et du centre connaissait une prévalence moyenne estimée à 34,9 % chez les PS avec des disparités au niveau des pays (ONUSIDA, 2013).

En Côte d'Ivoire, la prévalence de la population générale était estimée à 3,7 % selon l'EDS MICS 2012, avec des poches de concentration de fortes prévalences au sein de certaines populations clés plus exposées aux risques d'infection, notamment 28% chez les PS (ONUSIDA, 2012). En 2014, l'étude IBBS a révélé une prévalence de 14.1% chez les TS à Abidjan.

Cependant, c'est à l'orée des années 1990 que la lutte contre les IST, le VIH et le sida en direction des TS a débuté avec la mise en œuvre en 1991, du Projet de Prise en charge des femmes libres et de leurs Partenaires (PPP) par le Programme National de la Lutte contre le VIH et le sida, et en 1992, l'ouverture de la Clinique de Confiance à Abidjan. Ces structures et programmes ont depuis été rejoints par de nombreux autres partenaires APROSAM ; CIP CAMES ; Centre Plus, projet PAPO/PHV ; IMPACT-CI.

Par ailleurs, la crise post- électorale ivoirienne a entraîné une entrée dans la prostitution de 17 % des jeunes filles du fait de la perte d'emplois, du déplacement massif des populations, de la perte des parents, de l'augmentation du coût de la vie (PUMLS, ENSEA, PLS-PHV, 2012) avec une bonne proportion de PS non affichées (60 %) et un niveau de connaissance mitigé du VIH (28 %).

Depuis 2013, le FM à travers le Round 9 a permis, le renforcement de l'offre de service aux populations clés dans 17 districts sanitaires.

Dès 2016, le projet « LINKAGES » a été mis en œuvre avec le financement du PEPFAR dans 9 régions, 24 Districts Sanitaires et 26 communes. L'objectif étant de mener des activités de prévention et de prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), du VIH et du sida et d'autres pathologies qui affectent les HSH, les TS et leurs partenaires stables.

Aussi, un Paquet Minimum d'Activités (PMA) a été élaboré en 2007 pour l'offre de service de prévention et de PEC des IST, du VIH et du sida en direction des TS, et cela afin de réduire les nouvelles infections par voie sexuelle. Ce document a permis d'harmoniser toutes les interventions ciblant cette population et d'obtenir des résultats probants.

Ce document a aussi été révisé en Octobre 2017 pour répondre aux nouvelles réalités du terrain et satisfaire aux nouvelles directives nationales et internationales afin de valoriser les bonnes pratiques.

2.3.

INFECTION A VIH AU SEIN DES UD EN CI

Au niveau mondial, on observe chez les usagers de drogue par voie injectable (UDVI) une incidence du virus 22 fois plus élevée qu'en population générale et 3 millions des 16 millions d'UDVI dans le monde vivent avec le VIH². L'usage de drogue par voie injectée n'est cependant pas la seule pratique à risque d'acquisition du virus dans la population des UD.

En effet, du fait de la prise de risque sexuel, mais aussi du partage et de l'utilisation de matériel blessant pour la préparation et la consommation de drogues fumées ou par voie intranasale, certaines études rapportent des prévalences d'infection par le VIH quasiment similaires à celles des UDVI chez les usagers de drogue non-injecteurs (UDNI) .

Pour des raisons de stigmatisation et de discrimination systématique, les usagers de drogue¹⁴, plus encore que les autres PHV, voient leur accès au dépistage et au traitement particulièrement limité .

En Côte d'Ivoire, une prévalence du VIH de 9.8% (9.5% après pondération RDS) était retrouvée sur l'ensemble de l'échantillon (n=450) de l'étude bio-comportementale réalisée par MdM et Alliance CI en 2014. Cette prévalence du VIH chez les UD révèle des disparités dans cette population. Elle est principalement associée au sexe, au travail du sexe et aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). En effet, les femmes qui représentent 10.9% de l'échantillon étaient infectées dans 26.5% des cas, les travailleuses et travailleurs du sexe (TS, 15.8% de l'échantillon) dans 22.5% des cas, et les HSH (9.1% de l'échantillon) dans 39% des cas.

Par ailleurs, les usagers de drogues comme les autres populations dites hautement vulnérables (PHV) restent aussi disproportionnellement affectés par les hépatites virales C et B (VHC, VHB), mais particulièrement par la tuberculose. En effet, les données de suivi des UD testés systématiquement dans les 2 fumoirs dans le cadre du projet "Réduction des Risques" mis en œuvre par Médecins Du Monde montre qu'avec un résultat de 47/537 (9%) dépistés TB+ au GeneXpert parmi lesquels 8/47 (17%) sont TBMR, il y a une urgence à multiplier cette initiative et à l'échelle nationale. Pour rappel, l'étude bio-comportementale de 2014, indiquait que la population des UD d'Abidjan s'élevait à plus de 6.000 individus pour 70 fumoirs. Ce qui donne une idée approximative du nombre d'UD qui pourraient être atteint de la TB.

¹³ Strathdee, S. A. & Stockman, J. K. Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: current trends and implications for interventions. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2010 May;7(2):99-106.

¹⁴ Wolfe, D. et al. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet.* 2010 Jul 31;376(9738):355-66

2.4. JUSTIFICATION DE LA NECESSITE D'UN DOCUMENT DE NORMES NATIONALES DE PREVENTION COMBINEE (TS, HSH, UD)

Dans l’optique d’orienter et d’harmoniser les interventions de prévention de l’infection à VIH au sein des populations clés, des initiatives soutenues par divers partenaires ont permis d’élaborer entre 2011 et 2017, des Paquets Minimum d’Activités (PMA) des Hommes ayant des rapports Sexuels avec d’autres Hommes (HSH), des Travailleuses de Sexe (TS) et des Utilisateurs de Drogues. Conformément à l’évolution des directives nationales et internationales, le PNLS a ressenti la nécessité de réviser et d’intégrer ces documents en un document unique de normes nationales de prévention combinée pour lesdites populations.

Ce besoin est aussi ressenti au niveau opérationnel, et une brève analyse de la situation a permis de cerner les besoins et défis de cette cible en termes de santé sexuelle et reproductive.

Ce document est rédigé à l’endroit des structures menant des interventions de lutte contre les IST, et le VIH/sida ciblant les HSH, les TS et les UD.

2.5. DEFINITIONS, TYPOLOGIE ET VULNERABILITE DES POPULATIONS CLES HSH, TS ET UD

2.5.1. HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES

Selon le document publié par l’OMS en 2011 sur la prévention et la prise en charge du VIH et des IST chez les HSH, « le concept d’hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes est utilisé pour définir les comportements sexuels des personnes de sexe masculin ayant des rapports sexuels avec d’autres personnes de sexe masculin, indépendamment des motifs les incitant à avoir des rapports sexuels et de l’identification avec une quelconque communauté ».

Les HSH sont des hommes qui ont des rapports sexuels avec d’autres hommes. Cette catégorisation de population se situe du côté du comportement sexuel plutôt que de l’identité sexuelle. Il s’agit donc ici de pratiques sexuelles plutôt que d’identité, parce que l’identité sexuelle des HSH est complexe et variée. En effet, les HSH peuvent s’auto-identifier comme homosexuels, gays, bisexuels, ou même hétérosexuels. Or dans l’optique de santé publique dans laquelle s’établit la prévention du VIH, il est plus efficace de lutter contre les comportements à risque qui peuvent être observés parmi les HSH que de vouloir intervenir sur les questions complexes d’identité sexuelle des individus ressortant de cette catégorie.

2.5.1.1 TRANSGENRE

Selon l’ONUSIDA, « une personne transgenre est une personne possédant une identité sexuelle différente de celle de son sexe de naissance, qui peut n’être ni spécifiquement masculine, ni spécifiquement féminine. Cela peut concerner aussi bien les hommes que les femmes. Il est préférable de décrire ces personnes en fonction de leur identité sexuelle apparente (féminine ou masculine), plutôt que de leur sexe de naissance ».

Ainsi donc, l’appellation transgenre, fait référence à l’identité de genre, c'est-à-dire la manière dont une personne s’identifie au genre masculin ou au genre féminin.

Pour la plupart des personnes, l’identité de genre et le sexe biologique correspondent. Cependant, une personne « transgenre » est une personne qui a l’impression (le sentiment, la certitude) d’être née dans un corps qui ne lui correspond pas : son identité de genre ne correspond alors pas à son identité sexuelle biologique. Une femme transgenre est par conséquent une personne née avec un sexe biologique masculin, mais qui se sent psychologiquement femme.

Dans le cadre de ce document, notre intervention dans la population des personnes transgenres, va à l’endroit des personnes nées de sexe masculin, qui ont une identité de genre féminine et qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

2.5.1. 2.HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES / USAGERS DE DROGUES

Un HSH/UD est un homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui est aussi consommateur de drogue.

En effet, l'influence de la consommation de produits psychoactifs (drogues illicites, médicaments détournés et alcool) sur les comportements sexuels à risque (en particulier vis-à-vis du VIH) est souvent présentée comme un problème de santé publique et ce constat général ne fait pas défaut parmi les HSH de Côte d'Ivoire. En effet, depuis 2012, l'étude SHARM Abidjan avait révélé qu'environ un HSH sur dix était usager de drogue.

L'étude sur les besoins en prévention des HSH (ENDA 2014) confirme cet état de fait et en présente même les différents contextes de consommation. En effet, la consommation de substances psychoactives est souvent associée aux situations de drague (recherche de partenaire sexuelle), de bizzo (travail du sexe) et au rapport sexuel en lui-même dans le souci d'optimiser les performances sexuelles et de rechercher de nouvelles sensations.

Il n'est plus à démontrer que la consommation de substances psychoactives constitue un facteur associé à la prise de risque et à la baisse de vigilance vis-à-vis du risque VIH, en raison des effets désinhibiteurs des produits pouvant favoriser une moindre protection des pratiques sexuelles et l'exercice de pratiques plus à risque.

Ainsi, la consommation de drogues favorisant une certaine désinhibition face au sexe et à la prévention, les HSH/UD sont donc une sous-population avec un facteur risque pour le VIH plus prononcé, d'où le regard particulier que leur apporte ce document.

2.5.1.3. HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELLES AVEC DES HOMMES /TRAVAILLEURS DU SEXE

Les HSH/TS sont des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes en échange d'argent, de biens ou de services.

En 2016, l'étude IBBS viendra situer la proportion de HSH/TS à 10,15%. Cette proportion semble toutefois sous-estimée eu égard aux résultats de l'analyse qualitative qui décrivent une importante frange de HSH plutôt jeune comme professionnel du sexe non affiché dénommé bizzo.

Dans cette sous-population de HSH qui¹⁵ échange le sexe pour de l'argent, des biens ou des services, la prise de risque face au VIH sida est un fait réel. Les HSH/TS sont donc une sous-population avec un facteur de risque pour le VIH plus prononcé, d'où le regard particulier que leur apporte ce document.

2.5.2. TRAVAILLEUR(SE)S DU SEXE (TS)

S'agissant des activités de commerce du sexe, trois termes préférentiels sont habituellement utilisés :

- Travail du sexe ;
- Commerce du sexe ;
- Vente de services sexuels contre des biens ou services.

Bien que différents, ces termes expriment généralement la même chose. Cependant en fonction de l'âge, le guide des terminologies de l'ONUSIDA recommande pour les adultes, d'utiliser des termes tels que « travail du sexe », « travailleur(se) du sexe », « commerce du sexe », « sexe transactionnel », ou « vente de services sexuels ». Lorsque des mineurs sont impliqués, il recommande le terme « exploitation sexuelle commerciale des enfants ».

Le terme « travailleur(se) du sexe » est intentionnellement dénué de tout jugement et se concentre sur les conditions de travail dans lesquelles les services sexuels sont vendus.

¹⁵ IBBS HSH 2016

Les travailleur(se)s du sexe sont des personnes consentantes, femmes, hommes, transgenres et jeunes âgés de plus de 18 ans, qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, régulièrement ou occasionnellement.

Cette définition est plus complète en ce sens qu'elle répond au mieux à l'évolution de l'environnement des activités liées au commerce du sexe. En outre, elle intègre la notion du genre, longtemps ignorée par de nombreux programmes qui continuent à circonscrire la vente des services sexuels aux personnes de sexe féminin exclusivement. Rares sont en effet, les pays de la région qui disposent des données comportementales de séroprévalences, de cartographie et d'estimation de taille relatives à la vente des services sexuels par les personnes de sexe masculin.

2.5.2.1. CLIENTS DES TS

Les clients des TS peuvent être définis comme les hommes / femmes qui achètent des services sexuels à des TS. Dans le contexte de nombreux pays de la région, ce terme inclut le plus souvent les personnes en situation de vulnérabilité parmi lesquels on retrouve : les routiers, les hommes en uniforme ; les commerçants ...

2.5.3. USAGERS DE DROGUE

S'agissant de l'usage ou de la consommation de drogues injectables, le guide de terminologie de l'ONUSIDA recommande la terminologie « personnes qui s'injectent des drogues » ou PID. Ce terme, met l'accent plutôt sur les personnes et non sur des groupes. Selon ce guide, le terme « utilisateur de drogues injectables » est incorrect parce que la voie sous-cutanée et intramusculaire peut être impliquée. Un terme plus large qui peut s'appliquer dans certaines situations est « celui qui consomme de la drogue ou utilise de la drogue ». Le guide recommande également d'éviter l'utilisation du terme « toxicomane », qui porte une connotation péjorative et n'est pas de nature à favoriser la confiance et le respect nécessaire lors de l'engagement avec des personnes qui consomment des drogues.

Une drogue est un composé chimique, biochimique ou naturel, capable d'altérer une ou plusieurs activités neuronales et/ou de perturber les communications neuronales. La consommation de drogues par l'homme afin de modifier ses fonctions physiologiques ou psychiques, ses réactions physiologiques et ses états de conscience n'est pas récente.

Les modes d'usage/consommation des drogues sont nombreux (ingestion, inhalation, injection etc.) et les risques d'infection liés à la consommation de drogues ne sont pas limités au seul fait de l'injection. De façon plus générale, toute chose ou situation faisant l'objet d'une addiction est appelée « drogue ». Pour cela, l'alcool et le tabac sont également des drogues. Du point de vue éthique, bien qu'il soit internationalement admis un risque plus élevé d'exposition aux infections transmissibles par le sang (VIH, hépatites C et B) en cas d'utilisation ou de partage d'un matériel d'injection non stérile par les PID/CDI, la question qu'on se pose est celle de savoir pourquoi faudrait-il limiter les efforts vers les PID/CDI sans s'intéresser aux personnes qui consomment de la drogue en général.

En outre, la plupart des analyses situationnelles menées dans la région révèlent que les PID/CDI se livrent en réalité à la « poly toxicomanie » et l'entrée dans le cercle passe toujours par la drogue orale. Aussi, le facteur de risque est la contamination par voie sanguine avec l'utilisation du matériel injectable souillé.

Par ailleurs, la notion de drogue ne peut être séparée des contextes culturels au sein desquels elle évolue. En effet, les représentations collectives que des sociétés culturelles se font d'un seul et même produit peuvent se révéler diamétralement opposées¹⁶. Chouvy¹⁷ souligne de plus que le relativisme est de rigueur lorsque la notion de drogue est abordée, et qu'il faut distinguer les représentations collectives, qui sont partiales, partielles et contradictoires, des réalités objectives, qui se traduisent par des données objectives, mais qui sont insuffisantes.

S'agissant de l'usage des drogues, en Côte d'Ivoire les termes généralement utilisés sont UD/CD et UDI/CDI. Le premier désigne les usagers/consommateurs de drogues évoluant en groupe gravitant autour d'un lieu de consommation de groupe « le fumoir », et le second fait référence aux usagers de drogues injectables (UDI) ou aux consommateurs de drogues injectables (CDI).

D'un autre point de vue, les données de suivi des UD testés systématiquement dans les 2 fumoirs dans le cadre du projet "Réduction des Risques" mis en œuvre par Médecins Du Monde montre qu'avec un résultat de 47/537 (9%) dépistés TB+ au GeneXpert parmi lesquels 8/47 (17%) sont TB Multi-Résistants, il y a une urgence à multiplier cette initiative et à l'échelle nationale. Pour rappel, l'étude bio comportementale de 2014 indiquait, une population des UD d'Abidjan de plus de 6.000 individus pour 70 fumoirs. Ce qui donne une idée approximative du nombre d'UD qui pourraient être atteint de la TB.

2.5.4. AUTRES TERMINOILOGIES UTILISEES DANS LE MILIEU

« Le Fumoir » : cette expression désigne en terme local, le lieu de consommation de la drogue. Les UD s'identifient par rapport à cette unité gérée par un Gourou communément appelé le « Babachè » leader du groupe et pourvoyeur de la drogue. Le nombre d'UD gravitant autour d'un fumoir varie entre 200 et 300 personnes.

16 Les Plantes des dieux p.9 & P. et G. Pinchemel, La face de la Terre, Paris, Armand Colin, 1988

17 Chouvy, Des plantes magiques au développement économique, p. 12-14

3

DEFINITION ET PRINCIPES

Le document de normes Nationales de prévention combinée du VIH regroupant les paquets minimums d'activités HSH, TS et UD a pour but d'harmoniser le niveau des structures et les différentes prestations de service qu'elles proposent et dispensent dans les grands domaines d'interventions de la prévention et de la prise en charge des IST et du VIH et autres affections pour chaque population clé.

3.1.

DEFINITION DU PMA

Le paquet minimum d'activités est une liste consensuelle d'activités prioritaires communes à l'ensemble des structures de santé publiques, privées et communautaires engagées dans la prévention et la prise en charge des patients (populations clés dans ce contexte) ; ce PMA reste le même quel que soit le type de structures de mise en œuvre (intégrées, autonomes ou services mobiles). La notion d'activité se rapporte à un ensemble de tâches élémentaires réalisées par un individu ou un groupe, avec des entrées et des sorties bien identifiées. La tâche quant à elle, désigne un travail déterminé qui doit être exécuté dans le cadre d'une activité.

Le PMA proposé ici prend en compte la bonne compréhension et la connaissance de l'épidémie, les informations recueillies dans la documentation existante et au cours de l'analyse situationnelle des besoins et de l'offre réalisée par les consultants, les expériences d'interventions au sein des populations clés dans la région africaine, l'alignement sur les standards internationaux notamment les nouvelles lignes directrices mondiales de l'OMS et l'ONUSIDA pour la prévention et le traitement des IST et du VIH et des autres affections combinées pour les populations clés (recommandations de bonnes pratiques humaines disponibles, qui guident le choix des activités prioritaires à retenir, et qui permettent d'obtenir le meilleur coût-efficacité sur la riposte nationale au VIH. Les approches qui guident la définition des PMA organisés en document de normes, en Côte d'Ivoire sont celles de la promotion de la prévention combinée, des stratégies 90-90-90 et du "Test and Treat" auxquelles le pays a adhéré.

Il s'agit également d'appuyer l'action des structures œuvrant à l'endroit des HSH, des TS et des UD dans leur engagement vers la promotion de la santé à travers la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

L'objectif pour 2020 est également d'identifier 90% des personnes vivant avec le VIH issues des populations clés et d'offrir à 90% de celles qui sont infectées par le VIH un traitement ARV accompagné de l'ensemble des interventions de soutien et d'accompagnement qui permettront leur rétention dans le dispositif de prise en charge et de permettre à 90% d'entre les personnes traitées d'être en suppression virale.

3.2. PRINCIPES DE BASE DES NORMES NATIONALES DE PREVENTION COMBINEE POUR LES HSH, TS ET UD

En Côte d'Ivoire, la politique nationale de prévention et de prise en charge du VIH et des IST chez les populations clés repose sur les principes suivants, qui ont gouverné la conception des PMA et détermineront les modalités de sa mise en œuvre :

- Engagement : dans le cadre des PMA HSH, TS et UD, la partie nationale et les partenaires s'engagent à assurer la mobilisation de toutes les ressources nécessaires, notamment humaines, matérielles et financières, pour obtenir des résultats significatifs dans la lutte contre l'infection à VIH et les IST chez les populations clés ;
- Universalité : le cadre des normes (PMA HSH, TS et UD) doit permettre à toutes les individus un accès facilité à toutes les interventions essentielles, sans distinction de sexe, d'appartenance ethnique, sociale et religieuse, de lieu de résidence, de comportement/orientation sexuel ;

Globalité : les normes retenues s'inscrivent dans un effort global de prévention et soins prenant en compte non seulement les facteurs de risques de transmission du VIH au sein des populations clés mais aussi les autres conditions qui favorisent la dynamique de l'épidémie de VIH parmi ces populations en Côte d'Ivoire (réalités sociales et économiques, etc.) ;

- Equité : les PMA et leur mise en œuvre doivent garantir à tous les individus concernés un accès égal aux services de prévention et de prise en charge du VIH ;
- Qualité : les interventions proposées doivent être mises en œuvre en garantissant à tous les bénéficiaires des interventions de qualité ;
- Solidarité : toutes les organisations (OSC, OBC, ONG, Privées) capables de mettre en œuvre des interventions des PMA doivent avoir la possibilité de s'engager aux côtés du secteur public dans des interventions au profit des populations clés ;
- Pérennisation : l'Etat ivoirien doit affecter des ressources suffisantes pour pérenniser les interventions en matière de lutte contre les IST et le VIH au profit des populations clés.

4**COMPOSANTES DES SERVICES**

Les composantes de services s'inspirent des dernières recommandations de l'OMS édictées dans les lignes directrices unifiées pour la prévention, le diagnostic le traitement et les soins du VIH pour les populations clés dont nous présentons la synthèse ci-dessous.

Tableau 1: Synthèse des directives de l'OMS pour les populations clés¹⁸

INTERVENTIONS DU SECTEUR DE LA SANTE	
PREVENTION DU VIH	
1	L'utilisation adéquate et systématique du préservatif avec des lubrifiants compatibles avec les préservatifs est recommandée pour toutes les populations clés afin de prévenir la transmission sexuelle du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST).
2	La prophylaxie préexposition (PrEP) par voie orale avec Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) devrait être offerte comme choix supplémentaire de prévention pour les populations clés fortement exposées au risque d'acquisition du VIH dans le cadre des stratégies de prévention du VIH combinée. NOUVELLE RECOMMANDATION
3	La Prophylaxie post-exposition (PPE) devrait être rendue disponible pour toutes les personnes admissibles au sein des populations clés sur une base volontaire après une éventuelle exposition au VIH.
4	La Circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) est recommandée comme une stratégie supplémentaire importante pour la prévention d'une infection hétérosexuelle à VIH chez l'homme, plus particulièrement dans des contextes où prédominent une épidémie généralisée et une hyper endémie du VIH, et un faible taux de prévalence de la circoncision masculine.
RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES CONSOMMATEURS	
DE DROGUES PAR INJECTION	
5	Tous les membres des populations clés qui consomment des drogues par injection devraient avoir accès à un matériel d'injection stérile dans le cadre des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues.
6	Tous les membres des populations clés ayant acquis une dépendance aux opiacés devraient recevoir et avoir accès à la thérapie de substitution aux opiacés.
7	Tous les membres des populations ayant une consommation nuisible d'alcool ou d'autre substance devraient avoir accès à des interventions fondées sur des preuves, notamment de brèves interventions psychosociales impliquant une évaluation, une rétroaction précise et des conseils.
8	Les personnes susceptibles d'être les témoins d'une scène d'overdose d'opioïde devraient avoir accès à la naloxone et être instruites sur son utilisation dans le cadre de la gestion d'un cas d'urgence lié à une overdose soupçonnée d'opiacés. NOUVELLES RECOMMANDATIONS
9	Un service de dépistage du VIH volontaire devrait être offert systématiquement à toutes les populations clés aussi bien dans la communauté que dans les cadres cliniques. Les services de

¹⁸ Lignes directrices unifiées pour la prévention, le diagnostic le traitement et les soins du VIH pour les populations clés ; OMS, juin 2016

	prévention, de soins et de traitement, sont recommandés outre le dépistage et l'accompagnement psychologique initiés par le prestataire.
10	Les populations clés vivant avec le VIH devraient avoir les mêmes droits d'accès à la thérapie antirétrovirale (TAR) et à la gestion de la TAR que les autres populations.
11	Toutes les femmes enceintes des populations clés devraient avoir les mêmes droits d'accès aux services de prévention de la transmission du VIH mère-enfant (PTME) et suivre les mêmes recommandations que les femmes des autres populations.
12	Les populations clés devraient avoir les mêmes droits d'accès aux services de prévention, dépistage et traitement de la tuberculose (TB) que les populations exposées au risque d'infection à VIH ou vivant avec le VIH.
13	Les populations clés devraient avoir les mêmes droits d'accès aux services de prévention, dépistage et traitement de l'hépatite B et C que les populations exposées au risque d'infection à VIH ou vivant avec le VIH.
14	Un dépistage systématique et une gestion des problèmes de santé mentale (dépression et stress psychosocial) devraient être proposés aux membres des populations clés vivant avec le VIH afin d'optimiser les résultats en matière de santé et d'améliorer leur observance au TAR. La gestion peut s'étendre du conseil sur le VIH et la dépression à des thérapies médicales appropriées.
15	Le dépistage, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles devraient être proposés systématiquement dans le cadre de la prévention et des soins généraux du VIH destinés aux populations clés.
16	Les membres des populations clés, y compris celles vivant avec le VIH, devraient avoir droit à une vie sexuelle épanouie et avoir accès à une gamme d'options de procréation.
17	Les lois sur l'avortement et les services y liés devraient protéger la santé et les droits humains de toutes les femmes, y compris celles des populations clés.
18	Il est important de réaliser un dépistage du cancer du col de l'utérus sur toutes les femmes des populations clés.
19	Il est important que toutes les femmes des populations clés bénéficient du même soutien et des mêmes droits d'accès aux services liés à la conception et aux soins de grossesse que les femmes des autres groupes.

Tableau 2: Synthèse des facteurs déterminants de réussite

FACTEURS DÉTERMINANTS	
1	Les lois, politiques et pratiques devraient être révisées et, si nécessaire, par les décideurs et dirigeants publics, avec un véritable engagement des parties intéressées des populations clés, afin de permettre et de soutenir la mise en place et l'extension des services de santé destinés aux populations clés.
2	Les pays devraient travailler à appliquer et faire respecter les lois antidiscriminatoires et protectrices, dérivées des normes des droits de l'homme, pour éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'égard des membres des populations clés.
3	Les services de santé devraient être disponibles, accessibles et acceptables pour les populations clés, sur la base des principes d'éthique médicale, de prévention de la stigmatisation, de non-discrimination et de droit à la santé.
4	Les programmes devraient viser la mise en œuvre d'une panoplie d'interventions pour accroître l'autonomisation des communautés au sein des populations clés.
5	La Violence à l'égard des membres des populations clés devrait être prévenue et maîtrisée avec l'aide des organisations des populations clés. Tout acte de violence à l'égard des membres des populations clés devrait être surveillé et signalé, et des mécanismes de recours devraient être mis en place afin de garantir la justice.

Tableau 3: Bénéficiaires, acteurs de mise en œuvre et facilitateurs par domaine d'intervention des PMA

Domaines D'intervention	Bénéficiaires directs	Acteurs de mise œuvre	Acteurs facilitateurs
Prévention de proximité CCC	<ul style="list-style-type: none"> • TS et clients • HSH • UD 	<ul style="list-style-type: none"> • Structures de prévention du VIH (ONG, OSC, OBC identitaires, SA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Décideurs à l'échelon national, régional ou local • Ministères Santé, Justice, Sécurité, Promotion de la Femme, Défense • Forces de Défense et de Sécurité (FDS) • Leaders d'opinion (chefs traditionnels, leaders d'Eglises, politiques...) • Médias • Population générale
Promotion de l'utilisation et distribution des préservatifs et gels	<ul style="list-style-type: none"> • TS et clients • HSH • UD 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé • (SA) • Sites de PTME • Structures de prévention et de soins du VIH (publiques, privées, ONG, OSC, OBC identitaires) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministères Santé, • Leaders d'opinion (chefs traditionnels, leaders d'Eglises, politiques.) • Médias population générale
Diagnostic et traitement des IST	<ul style="list-style-type: none"> • TS et clients • HSH • UD • Partenaires sexuels, occasionnels ou réguliers des populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé sites de PTME • Structures de prévention et de soins du VIH (Publiques, privées, ONG, OSC, OBC identitaires, SA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrateurs des structures de soins • Ministères Santé,
Conseil Dépistage du VIH	<ul style="list-style-type: none"> • TS et clients • HSH • UD • Partenaires sexuels, occasionnels ou réguliers des populations clés • Enfants des femmes VIH+ issues des populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé • (SA) • Sites PTME • Structures de prévention et de soins du VIH (publiques, privées, ONG, OSC, OBC identitaires) 	<ul style="list-style-type: none"> • Décideurs à l'échelon national, régional ou local • Ministère de la Santé • Leaders d'opinion (chefs traditionnels, Leaders d'Eglises, politiques...) médias • Population générale

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	<ul style="list-style-type: none"> Femmes VIH+ issues des populations clés enfants des femmes VIH+ issues des populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels de santé Sites PTME Structures de prévention et de soins du VIH (publiques, privées, ONG, OSC, OBC identitaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Administrateurs des Structures de soins Ministère de la Santé
Prise en charge de l'infection à VIH (prévention et traitement des IO, ARV)	<ul style="list-style-type: none"> TS et clients HSH UD Partenaires qui sont Déjà VIH+ Enfants des femmes VIH+ issues des populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels de santé (SA, SAI) Structures de prévention et de soins (publiques, privées, ONG, OSC, OBC identitaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Administrateurs des Structures de soins Ministère de la Santé
Diagnostic et suivi biologique de l'infection à VIH	<ul style="list-style-type: none"> TS et clients HSH UD Partenaires sexuels des populations clés, occasionnels ou réguliers ; enfants des femmes VIH+ issues des populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels de santé (SA, SAI) Structures de prévention et de soins (publiques, privées, ONG, OSC, OBC identitaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Administrateurs des structures de soins Ministère de la Santé
Prise en charge psychologique et sociale (y compris appui juridique)	<ul style="list-style-type: none"> Toute personne vivant avec le VIH issue d'une population clé Environnement social et Familial de toute personne vivant avec le VIH issue d'une population clé 	<ul style="list-style-type: none"> Organisations de la société civile à base communautaire et/ou identitaires ONG/Associations (nationales et internationales) Professionnels de santé Structures de prévention et de soins (publiques, privées, communautaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Administrateurs des structures de soins Ministères Santé, Justice et Action sociale

4.1. CONTENU DU DOCUMENT DE NORMES NATIONALES (PMA COMBINE)

Les structures de prévention et de prise en charge du VIH, quel que soit leur statut (structure de santé du secteur public, du secteur privé ou communautaire, spécialisée ou intégrée) et quels que soient leurs modes opératoires (stratégie fixe, avancée ou mobile), doivent fournir à leurs clients un ensemble de services spécifiques en matière de prévention et prise en charge des IST et du VIH que l'on appelle paquet minimum d'activités (PMA).

Il s'agit d'une liste d'activités prioritaires qui est commune à toutes les structures de prévention et de prise en charge des IST et du VIH, destinées à répondre de manière équitable et efficiente aux besoins de santé des populations ciblées.

Dans le cas des structures ciblant les populations clés en matière de prévention et de prise en charge des IST et du VIH, ce PMA se décline autour d'un ensemble commun d'activités/interventions, mais il doit également comprendre des services plus spécifiques à chaque population clé, qui sont décrits ci-dessous (cf. tableau 10). Les PMA réunis dans ce document de normes répondent à une question simple : de quoi ont besoin les populations clés pour éviter l'infection à VIH et les IST, ou pour être correctement soignés si elles sont déjà atteintes par l'infection ?

La réponse passe par l'information correcte des populations ciblées sur le VIH, une bonne évaluation de leurs risques, leurs besoins en matière de changement de comportement et d'offre de services médicaux et communautaires adaptés.

La définition de paquets minimum d'activités en direction des populations clés facilite l'élaboration et la mise en œuvre de projets/programmes et permet d'harmoniser l'action des différents acteurs.

Les critères qui doivent guider le choix des activités prioritaires sont basés sur les données épidémiologiques spécifiques sur le VIH et les IST dans le monde, la région et le pays. Ils prennent en compte les recommandations développées par l'OMS, l'ONUSIDA, ainsi que les autres agences des UN dans ce domaine. Mais ils s'inspirent aussi des interventions/activités déjà menées dans la région et Côte d'Ivoire en direction des populations clés en matière de prévention et de prise en charge des IST et du VIH. Enfin, ils doivent refléter les besoins réels des populations ciblées, d'où la nécessité de leur participation active au développement des présentes normes.

4.2. PMA COMMUN A TOUTES LES POPULATIONS CLES (UD, TS, HSH)

Le PMA commun à toutes les populations clés se décline dans les huit (08) composantes majeures décrites ci-dessous :

Tableau 4: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS, HSH, UD

COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD	
Composante 1	<ul style="list-style-type: none"> Formation et/ou mise à niveau des acteurs de prévention ;
Composante 2	<ul style="list-style-type: none"> Prévention par la CCC des IST, du VIH et de l'hépatite "B" ;
Composante 3	<ul style="list-style-type: none"> Promotion de l'utilisation et distribution de préservatifs et gels lubrifiants ;
Composante 4	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage Conseils du VIH ;
Composante 5	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic et traitement des IST ;
Composante 6	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge par les ARV et Prévention-traitement des infections opportunistes (IO) ;
Composante 7	<ul style="list-style-type: none"> Promotion du respect des droits humains
Composante 8	<ul style="list-style-type: none"> Accès aux services de santé mentale

- La Formation et/ou mise à niveau des acteurs de prévention : L'introduction de nouvelles problématiques et la nécessité d'ouvrir l'offre de service de prévention et de soin aux populations clés lancent au système, un défi de renforcement des capacités de tous les acteurs. Cette capacitation des acteurs devra aller de pair avec une révision, voire une amélioration des documents de formation.
- La Prévention par la CCC des IST, du VIH et de l'hépatite "B" utilisant la communication pour le changement de comportement (IEC/CCC) : le travail de sensibilisation des populations clés peut utiliser différentes approches, en petits groupes (échange entre un éducateur de pair et un petit groupe de bénéficiaires - 15 à 20 personnes - sur un thème et dans un endroit précis et choisi à l'avance) ou en communication interpersonnelle (entretien direct entre un éducateur de pair et un bénéficiaire centré sur ses connaissances, ses besoins ou ses vulnérabilités propres vis-à-vis des IST et du VIH et de l'Hépatite B).
- La promotion et la distribution de préservatifs (masculins et féminins) et de gels lubrifiants (à base d'eau): promotion de l'utilisation correcte et systématique des préservatifs (masculins et féminins) et gels lubrifiants à base d'eau ;
- Le diagnostic et le traitement des Infections Sexuellement Transmissibles : ensemble des dispositions mises en place dans le but d'identifier et de traiter les infections sexuellement transmissibles chez un client et son/ses partenaires ;
- Le Dépistage Conseils du VIH : ensemble des dispositions mises en place dans le but de dépister l'infection à VIH chez les bénéficiaires des interventions ;
- La Prise en charge par les ARV et Prévention-traitement des infections opportunistes (IO) : traitement des infections opportunistes et co-morbidités liées au VIH ; traitement par les ARV ; prise en charge psychologique et sociale (appui nutritionnel et alimentaire, soutien économique, soutien juridique, réinsertion familiale, groupes d'auto-support, suivi de l'observance du traitement ARV, accompagnement de fin de vie et gestion du deuil) ; référence et suivi des patients ; prévention de la transmission du VIH chez les PVVIH (Prévention positive) ;

- La Promotion du respect des droits humains : il concerne l'ensemble des dispositions prises par les acteurs pour garantir aux populations clés, le respect de leurs droits. Ces dispositions concernent aussi l'organisation de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination au niveau de la communauté et dans le circuit de l'offre de service.
- L'Accès aux services de santé mentale : cette nouvelle recommandation de l'OMS concerne les services d'accès à des consultations médicales spécialisées pour les populations clés, la réduction de la douleur morale ou de la souffrance psychique, le soutien psychologique individualisé et de groupe (consultations et groupes de parole) mais aussi la disponibilité et utilisation des services de santé mentale et l'accès aux services de santé primaire y compris l'intégration de l'approche Famille.

Les différentes composantes des normes sur les PMA sont décrites de façon plus détaillée dans les tableaux ci-dessous par population clés selon la nature, le rationnel, le lieu, les ressources humaines et le timing des interventions qu'elles requièrent.

4.2.1. FORMATION ET/OU MISE A NIVEAU DES ACTEURS DE PREVENTION

Tableau 5 : COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS, HSH, UD

COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS, HSH et UD	
Composante 1	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et/ou mise en niveau des acteurs de prévention
Composante 2	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention par la CCC des IST, du VIH et de l'hépatite B •
Composante 3	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'utilisation et distribution de préservatifs et gels lubrifiants
Composante 4	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage Conseils du VIH
Composante 5	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic et traitement des IST
Composante 6	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge par les ARV et Prévention-traitement des infections opportunistes (IO)
Composante 7	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion du respect des droits humains
Composante 8	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux services de santé mentale

Tableau 6: FORMATION ET/OU MISE A NIVEAU DES ACTEURS DE PREVENTION POUR LES HSH -TS -UD

FORMATION ET/OU MISE A NIVEAU DES ACTEURS DE PREVENTION POUR HSH - TS - UD	
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Les services adaptés intégrés (SAI) disposent de personnels communautaires bien formés et en nombre suffisant ; • Renforcement de capacités des prestataires des SA et SAI sur le dépistage du VIH ;
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser et adapter le contenu des modules de formation ciblant les personnels communautaires ; • Identifier les éducateurs de pairs (EP)/Conseillers Communautaires (CC) concernés par les formations ; • Identifier un pool de formateurs ; • Élaborer et mettre en œuvre un plan de formation des personnels communautaires ; • Définir le cahier de charge et le plan de suivi des activités des personnels communautaires formés ; • Élaborer un dispositif d'évaluation du travail des éducateurs de pairs/Conseillers Communautaires (CC).
Responsable/ acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • MSHP/PNLS • Organisations régionales • PTF • OSC impliquées dans la mise en œuvre • Réseau ou pool de formateurs de compétences avérées
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un guide de travail pour les acteurs communautaires et d'un référentiel de formation de ces acteurs ; • Durée minimale pour la formation initiale des EP/CC de 3 à 5 jours ; 3 jours pour la remise à niveau ; • Mise à niveau tous les 2 ans (recyclage).
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> • Absence ou insuffisance de ressources financières pour la formation des acteurs ; • Non disponibilité du pool de formateurs ; • Bas niveau d'instruction des acteurs.
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> • Guide de travail / cahier des charges des EP/CC disponibles ; • Référentiel de formation disponible pour chaque catégorie de population clés ; • Plan de formation élaboré ; • Dispositif d'évaluation de la qualité du travail des EP/CC disponible ; • Nombre d'EP/CC formés ou remis à niveau ; • Nombre de sessions de formation réalisées au profit des acteurs.
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion d'EP/CC formés capables de bien remplir le cahier de charge

4.2.2. PREVENTION PAR LA CCC DES IST, DU VIH ET DE L'HEPATITE

Tableau 7: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD

COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD	
• Composante 1	▪ Formation et/ou mise à niveau des acteurs de prévention
• Composante 2	▪ Prévention par la CCC des IST, DU VIH ET de L'HEPATITE B
• Composante 3	▪ Promotion de l'utilisation et distribution de préservatifs et gels lubrifiants ;
• Composante 4	▪ Dépistage Conseils du VIH ;
• Composante 5	▪ Diagnostic et traitement des IST ;
• Composante 6	▪ Prise en charge par les ARV et Prévention-traitement des infections opportunistes (IO) ;
• Composante 7	▪ Promotion du respect des droits humains
• Composante 8	▪ Accès aux services de santé mentale

Tableau 8: PREVENTION PAR LA CCC DES IST, DU VIH ET DE L'HEPATITE

PREVENTION PAR LA CCC DES IST, DU VIH ET DE L'HEPATITE B	
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance des modes de transmission des IST et du VIH, des moyens de prévention et des principaux facteurs de vulnérabilité liés aux HSH ▪ Connaissance sur l'hépatite B : Modes de transmission ; moyens de prévention ; ▪ Information sur la Coïnfection VIH-VHB ▪ Évaluation du risque de contamination par les IST et le VIH, ▪ Démonstration du port correct du condom, <p>○Pour les UD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance des principaux facteurs de vulnérabilité liés à la consommation de drogue ▪ Disponibilité et utilisation des services CCC par les Usagers de Drogues
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation des séances de sensibilisation par entretien individuel ou communication interpersonnelle ; ▪ Mobilisation et diffusion des informations par les réseaux sociaux via internet, téléphonie mobile ; ▪ Utilisation d'outils tels que : boîte à images, affiches, dépliants, album photos, films, pénis en bois ; ▪ Organisation des séances de sensibilisation en petits groupes (causeries éducatives). ▪ Utilisation des stratégies fixes, avancées/mobiles ▪ Réalisation d'une Micro-Cartographie des points chauds. ▪ Organisation en collaboration avec les personnels de santé ou les personnes ressources, et les responsables d'ONG/OBC de proximité des cadres périodiques d'échanges avec les HSH sur l'hépatite "B"
Responsable/acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MSHP/PNLS ▪ Organisations régionales et PTF ▪ OSC (Organisation de la Société Civile) partenaires et réseaux HSH ▪ Educateurs de Pairs ▪ Conseillers Communautaires(CC)
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartographie récente des sites des TS/HSH/UD ▪ Horaires adaptés pour les activités CCC en stratégie avancée de proximité ▪ Lieu d'animation des causeries garantissant la sécurité et la discréetion en stratégie fixe, mobile et avancée ▪ Travail en réseau

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication, engagement et adhésion de la communauté HSH (leaders et responsable communautaire ou responsable de site) ▪ Valorisation des EP/CC avec construction d'un statut réel pour leur fonction (cahier de charges et plan de suivi des activités) ▪ Adoption, adaptation et mise en œuvre des recommandations de l'OMS ▪ Effectivité de la mise en œuvre des stratégies de soins combinés ▪ Disponibilité d'outils spécifiques de CCC pour chaque groupe cible <p>◉ Pour les UD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration avec les partenaires et institutions spécialisées du ministère ▪ Existence de structures de la société civile engagées ▪ Bonne collaboration avec les forces de l'ordre
Contraintes probables	<p>◉ Pour les HSH</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés pour atteindre les HSH de statut social plus élevé ou plus âgés (>40 ans) ▪ Méconnaissance de la taille de la population HSH ▪ Difficultés à cerner les sous-groupes à vulnérabilité multidimensionnelle (HSH-UD, les HSH-TS, les transgenres*) ▪ Cartographie des points chauds/ espaces de socialisation indisponible, ou non actualisée ▪ Faible organisation et implication des HSH qui limitent l'organisation des activités de CCC ▪ Auto-stigmatisation ▪ Insuffisance des ressources financières investies qui ne permettent pas d'organiser les activités dans les conditions souhaitées et à la fréquence nécessaire ▪ Contexte social, culturel et religieux peu favorable aux interventions ▪ Stigmatisation et discrimination très forte à l'égard des HSH, y compris par les acteurs de la lutte contre les IST le VIH et le sida <p>◉ Pour les TS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grande mobilité des TS ▪ Stratégie CCC non adaptée aux profils des TS clandestines ▪ Programme non orienté ou adapté aux jeunes filles victimes d'exploitation sexuelles (mineures) ▪ Insécurité liée à certains sites (sites où circule la drogue) ▪ Destruction des sites prostitutionnels <p>◉ Pour les UD</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Destruction régulière des sites de consommation ▪ Indisponibilité des EP ▪ Difficultés de réalisation de la cartographie des sites de consommation et autres points chauds ▪ Insuffisance dans la mobilisation des séances de CCC ▪ Rupture de stock de réactifs et vaccins ▪ Non gratuité de la vaccination et du test VHB ▪ Insuffisance de ressources financières (cas des stratégies avancées ou mobiles)
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de causeries éducatives réalisées par thématiques : entretien individuel et séance de petit groupe ; ▪ Nombre de personnes (HSH, TS et partenaires stables, UD) sensibilisées par les EP/CC sur la prévention des IST, du VIH et du sida et de l'hépatite ; ▪ Nombre de kits de prévention (préservatifs + gel lubrifiant à base d'eau) distribués

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meilleure utilisation des services par les TS/UD/HSH (nombre de TS référé et contre référés dans les centres de prise en charge) ; ▪ Nombre de HSH/UD/TS ayant bénéficié d'une vaccination contre l'hépatite B dans les 12 derniers mois ; ▪ Nombre de HSH/UD/TS exposées aux interventions de prévention l'hépatite B dans les 12 derniers mois ;
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de HSH/UD/TS qui possèdent les connaissances exactes sur la transmission du VIH et de l'hépatite B ; ▪ % de HSH/UD/TS qui adopte les pratiques à moindre risque d'infection à VIH ; ▪ % de HSH/UD/TS immunisées contre VHB au cours des 12 derniers mois.

4.2.3. PROMOTION DE L'UTILISATION ET DISTRIBUTION DE PRESERVATIFS ET GELS LUBRIFIANTS

Tableau 9: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS, HSH, UD

COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD	
Composante 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation et/ou mise à niveau des acteurs de prévention
Composante 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention par la CCC des IST, du VIH et de l'hépatite B
Composant 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de l'utilisation et distribution de préservatifs et gels lubrifiants
Composante 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage Conseils du VIH
Composante 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic et traitement des IST
Composante 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge par les ARV et Prévention-traitement des infections opportunistes (IO)
Composante 7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion du respect des droits humains
Composante 8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès aux services de santé mentale

Tableau 10: PROMOTION DE L'UTILISATION ET DISTRIBUTION DE PRESERVATIFS ET GELS LUBRIFIANTS

PROMOTION DE L'UTILISATION ET DISTRIBUTION DE PRESERVATIFS ET GELS LUBRIFIANTS ¹⁹	
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction du risque d'exposition au VIH et autres IST ▪ Disponibilité et utilisation correcte et régulière des préservatifs et des gels lubrifiants par les HSH quel que soit leur statut sérologique ▪ Promotion de l'utilisation correcte et systématique des préservatifs ▪ Promotion de l'utilisation du gel lubrifiant à base d'eau <p>● Pour les TS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité des préservatifs sur les sites
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribution gratuite des préservatifs et gels lubrifiants à base d'eau aux HSH à travers les interventions de prévention et de soins (douze 12 préservatifs et 1 tube de 60 ml de gels lubrifiant aux UD à chaque contact lors des stratégies avancées et 20 préservatifs et 2 tubes de 60ml lors des visites en clinique) ; ▪ Renforcement du marketing social des préservatifs en direction des HSH/TS/UD ; <p>● Pour les TS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création de kiosques santé ou de sites de distribution gratuite des préservatifs et gels.
Responsable/ acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MSHP/PNLS ▪ Partenaires techniques ▪ EP/CC, animateurs ▪ Prestataires de santé, ONG de marketing social des préservatifs : AIMAS ▪ Structures associatives et communautaires ▪ ONG d'appui ▪ Leader des OBC ▪ Réseaux et faîtières <p>○ Pour les UD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsables des sites de consommation (fumoir)
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité de moyens logistiques pour la stratégie avancée/mobile ▪ Disponibilité continue des préservatifs et des gels à base d'eau de qualité ▪ Respect du nombre de préservatifs et de gels distribués selon les normes Nationale.
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rupture de stocks des préservatifs et des gels ▪ Non gratuité des produits (accessibilité financière, Non-respect de la dotation mensuelle en préservatifs et gels) ▪ Disponibilité et accessibilité limité des préservatifs féminins et des gels lubrifiants.
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de préservatifs et gels lubrifiants distribués au cours des différentes activités de prévention en stratégie fixe, mobile / avancée <p>● Pour les TS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de sites de TS ne disposant pas de points de vente ou de distribution gratuite de préservatifs et de gels.

¹⁹

Nombre de préservatifs et de gels distribués selon les normes Nationale du PNLS Côte d'Ivoire : 12 à 20 préservatifs masculin 1 à 2 tubes (60 ml) de gels lubrifiants et 7 à 10 préservatifs féminins à chaque contact

Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> ● Pour les HSH : <ul style="list-style-type: none"> ▪ % d'HSH ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ; ▪ % d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin ; ▪ % d'hommes déclarant avoir utilisé concomitamment un préservatif et un gel lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin ; ● Pour les TS <ul style="list-style-type: none"> ▪ % de TS déclarant avoir utilisé systématiquement un préservatif lors de leurs rapports sexuels avec un client payant au cours des 12 derniers mois ; ▪ % de TS déclarant avoir utilisé systématiquement un préservatif lors de leurs rapports sexuels avec un client non-payant au cours des 12 derniers mois ; ▪ % de TS ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ; ● Pour les UD <ul style="list-style-type: none"> ▪ % de UD qui déclare avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ; ▪ % de UD déclare avoir utilisé systématiquement un préservatif à chaque rapport sexuel au cours des 12 derniers mois.
------------------	---

4. 2. 4 DEPISTAGE CONSEILS DU VIH

Tableau 11: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS, HSH, UD

COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD	
▪ Composante 1	▪ Formation et/ou mise à niveau des acteurs de prévention
▪ Composante 2	▪ Prévention par la CCC des IST, du VIH et de l'hépatite B
▪ Composante 3	▪ Promotion de l'utilisation et distribution de préservatifs et gels lubrifiants
▪ Composante 4	▪ Dépistage conseils
▪ Composante 5	▪ Diagnostic et traitement des IST
▪ Composante 6	▪ Prise en charge par les ARV et Prévention-traitement des infections opportunistes (IO)
▪ Composante 7	▪ Promotion du respect des droits humains
▪ Composante 8	▪ Accès aux services de santé mentale

DEPISTAGE ET CONSEIL DU VIH	
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage du VIH et connaissance des résultats
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation de séances de dépistage en stratégie fixe et avancée/mobile ▪ Mise à disposition des intrants de dépistage VIH dans tous les SA et SAI ▪ Mise en place d'une offre empathique de dépistage garantissant la confidentialité avec des équipes de dépistage «friendly» ▪ Renforcement de capacités des prestataires des SA et SAI sur le dépistage du VIH au sein des populations clés ; ▪ Disponibilité du dépistage en milieu communautaire (HSH /UD/TS) ; ▪ Renforcement de capacités des EP/CC et pour réaliser le dépistage communautaire ; ▪ Auto test.
Responsable/acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestataires de santé ayant les compétences pour le dépistage ▪ EP/CC ▪ MSHP/PNLS/District sanitaire
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités des acteurs du dépistage sur l'évaluation des risques d'exposition aux IST, du VIH et du SIDA chez les HSH/UD/TS ; ▪ Disponibilité des moyens logistiques en cas de stratégie mobile ; ▪ Respect de la confidentialité et de l'éthique par les acteurs du dépistage ; ▪ Gratuité intégrale du dépistage ; ▪ Implication des responsables des sites (points chauds, espace de consommation) et des leaders communautaires ; ▪ Approche « friendly » dans l'offre de dépistage ; ▪ Utilisation des réseaux sociaux et SMS pour faciliter l'information et l'accès au dépistage ; ▪ Aménagement des horaires des unités mobiles ;
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rupture de stock de kits de dépistage du VIH (réactifs et intrants) ; ▪ Unités mobiles du dépistage rarement disponibles pour la stratégie mobile ; ▪ Insécurité au cours des sorties d'unité mobile ; <p>◉ Pour les UD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Destruction régulière des sites de consommation (fumoirs) par les forces de l'ordre.
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombres de TS, HSH et UD dépistés en stratégie fixe et avancée et ayant reçu leur résultat ; ▪ Nombre de TS, HSH et UD dépistés positif.
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de TS, HSH et UD ayant bénéficié d'un test VIH dans les 3 derniers mois et qui en connaissent le résultat ; ▪ % de TS, HSH et UD et clients de TS ayant bénéficié d'un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat. ▪ % de TS, HSH et UD positif qui connaissent leur statut sérologique <p>◉ Pour les TS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ % de partenaires stables de TS ayant bénéficié d'un test VIH dans les 3 derniers mois et qui en connaissent le résultat ▪ % de partenaire stables de TS ayant bénéficié d'un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

4.2.5. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES IST

Tableau 12: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD

COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD	
▪ Composante 1	▪ Formation et/ou mise à niveau des acteurs de prévention
▪ Composante 2	▪ Prévention par la CCC des IST, du VIH et de l'hépatite B
▪ Composante 3	▪ Promotion de l'utilisation et distribution de préservatifs et gels lubrifiants
▪ Composante 4	▪ Dépistage conseils
▪ Composante 5	▪ Diagnostic et traitement des IST
▪ Composante 6	▪ Prise en charge par les ARV et Prévention-traitement des infections opportunistes (IO)
▪ Composante 7	▪ Promotion du respect des droits humains
▪ Composante 8	▪ Accès aux services de santé mentale

Tableau 13: DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES IST

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES IST	
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offre de service de dépistage et de prise en charge syndromique des IST ▪ Suivi médical périodique des TS (trimestriel) ● Pour les TS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offre de service de dépistage du cancer du col de l'utérus intégrée (annuel)
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer le plateau technique des centres de prise en charge (salle de consultation et petits matériels de consultation) ; ▪ Mise en place/ renforcement du plateau technique des laboratoires des SAI et des SA ; ▪ Renforcer les capacités des prestataires sur la PEC syndromique des IST ▪ Approvisionner les SA en intrants (Kits IST, spéculum, anuscope) pour la PEC des IST ; ▪ Adoption et mise en œuvre des recommandations de l'OMS ; ▪ Traitement syndromique des IST chez les HSH/TS/UD symptomatiques et leurs partenaires qu'ils soient symptomatique ou non selon l'algorithme National de prise en charge des IST ; ● Pour les HSH : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place du dépistage systématique des IST intra canalaire par anuscopie chez les HSH réceptifs ; ● Pour les TS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage actif des IST au moins 1 fois par trimestre ; ▪ Approvisionnement des SA en Lugol et Acide Acétique ; ▪ Dépistage actif du cancer du col de l'utérus au moins 1 fois par an.
Responsable/acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MSHP/PNLS ▪ SA/SAI ▪ Prestataires de santé (Infirmiers, médecins, biotechnologiste, sages-femmes)
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités des prestataires sur le diagnostic et le traitement des IST ▪ Renforcement des capacités des prestataires à l'accueil des HSH /UD/TS

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Service de coaching des SAI ▪ Renforcement des capacités des techniciens de laboratoire sur les méthodes de diagnostic des IST infra cliniques ▪ Disponibilité des kits IST gratuit ▪ Bon accueil et respect de la confidentialité et des règles d'éthique dans les SA ; ▪ Disponibilité en Lugol et acide acétique
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rupture de stock de kits IST ▪ Non gratuité du traitement de certaines IST ▪ Non opérationnalité des structures adaptées à la PEC des HSH ; ▪ Sous équipement des laboratoires (écouvillons, milieux de cultures, etc.) ; ▪ Indisponibilité des TAAN (Test d'amplification des Acides nucléiques) ; ▪ Coût élevé de l'équipement TAAN ; <p>● Pour les HSH :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La réticence des prestataires de santé à pratiquer les examens proctologiques ; ▪ Rupture de stock de consommables pour dépistage des IST intra canalaire ; <p>● Pour les TS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilité des TS qui rend difficile leur suivi ▪ Rupture de stock des intrants de dépistage du cancer du col de l'utérus
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités selon l'approche syndromique ; ▪ Nombre de HSH ayant bénéficié d'un dépistage périodique des IST asymptomatiques dans les 12 derniers mois ▪ Nombre de sérologies de la syphilis réalisées (rapide, RPR/VDRL) ▪ Nombre de HSH/TS/UD ayant présenté des récidives d'IST <p>● Pour les HSH :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de cultures de prélèvements urétraux ou rectaux ou oropharyngés pour dépistage du gonocoque, et de la chlamydiae réalisée ; <p>● Pour les TS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de TS ayant bénéficié d'une visite médicale trimestrielle ; ▪ Nombre annuel de dépistage du cancer du col chez les TS ; ▪ Nombre de TS ayant réalisé le dépistage du cancer du col au cours des 12 derniers mois ;
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de cas d'IST diagnostiqué et traité chez les HSH /UD/TS ▪ % de HSH/TS/UD parmi ceux ayant présenté une IST déclarées guéries par les professionnels de la santé après traitement <p>● Pour les TS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ % de TS ayant subi le dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 12 derniers mois ; ▪ % de TS dépisté pour le cancer du col de l'utérus bénéficiant d'une prise en charge dans les 12 derniers mois ; ▪ % de TS présentant le cancer du col de l'utérus.

4.2.6. PRISE EN CHARGE PAR LES ARV ET PREVENTION-TRAITEMENT DES INFECTIONS OPPORTUNISTES (IO)

Tableau 14: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS, HSH, UD

COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD	
▪ Composante 1	▪ Formation et/ou mise à niveau des acteurs de prévention
▪ Composante 2	▪ Prévention par la CCC des IST, du VIH et de l'hépatite B
▪ Composante 3	▪ Promotion de l'utilisation et distribution de préservatifs et gels lubrifiants
▪ Composante 4	▪ Dépistage conseils
▪ Composante 5	▪ Diagnostic et traitement des IST
▪ Composante 6	▪ Prise en charge par les ARV et Prévention-traitement des infections opportunistes (IO)
▪ Composante 7	▪ Promotion du respect des droits humains
▪ Composante 8	▪ Accès aux services de santé mentale

Tableau 15: PRISE EN CHARGE PAR LES ARV ET PREVENTION-TRAITEMENT DES INFECTIONS OPPORTUNISTES (IO)

PRISE EN CHARGE PAR LES ARV ET PREVENTION-TRAITEMENT DES INFECTIONS OPPORTUNISTES (IO)	
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité et utilisation correcte et régulière des ARV ▪ Les sites de prise en charge de PvVIH (publics, privés, ONG, OSC, OBC) offrent des ARV aux HSH/TS/UD VIH+, organisent un suivi de l'observance et la recherche des HSH/UD/TS VIH+ perdues de vue ▪ Les sites de prise en charge de PvVIH (publics, privés, ou rattachés aux ONG) offrant des soins préventifs et traitements appropriés aux HSH présentant une IO ▪ Apporter un appui psychosocial aux HSH/UD/TS PvVIH
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'un réseau performant de distribution des médicaments ARV ▪ Actualisation du référentiel de compétence des personnels de santé en service dans les SAI avec délégation des tâches concernant le traitement ARV et l'éducation thérapeutique ▪ Renforcement des programmes d'éducation thérapeutique dans les SAI et instauration des clubs d'observance, visite à domicile (VAD), Groupe d'auto-soutien (GAS) ▪ Mise en place d'un réseau performant de distribution des médicaments IO ; ▪ Actualisation du référentiel de compétence des personnels de santé en service dans les SAI avec délégation des tâches concernant la prévention et le traitement des IO ; ▪ Mise en place d'une prophylaxie adaptée des IO dans tous les SA/SAI ; ▪ Approvisionnement régulièrement des SA et SAI en médicaments pour la prophylaxie des IO ; ▪ Mise en place d'un système de référence et de contre référence entre les SA et les sites de PEC/ARV ▪ Transformation des SA/SAI ayant un plateau technique adéquat (laboratoire) et du personnel qualifié en sites de PEC/ARV ; ▪ Formation du personnel des SA érigés en sites de prise en charge globale des PVVIH (ARV ; IO.....)
Responsable/ acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MSHP/PNLS ▪ EP/CC ▪ ONG / OSC ▪ Réseaux de PVVIH

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professionnels de la santé (médecins, infirmiers, Sages-femmes et autres para médicaux compétents)
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel qualifié disponible et formé sur la PEC globale ; ▪ Renforcement de l'observance thérapeutique ; ▪ Disponibilité des outils d'aide à l'observance pour les HSH/UD/TS ; ▪ Recherche des Perdus de vue (PDV) ; ▪ Approche «friendly» des équipes de soins ; ▪ Renforcement des capacités des médecins et infirmiers sur le diagnostic et le traitement des IO ; ▪ Disponibilité des médicaments IO ; ▪ Recrutement des acteurs communautaires pour l'aide à l'observance thérapeutique ; ▪ Disponibilité des ARV ;
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rupture de stock des médicaments ARV ou de certaines molécules ; ▪ Non gratuité du bilan de suivi ; ▪ Insuffisance de ressources pour assurer le suivi de l'observance ; ▪ Non gratuité du traitement de certaines IO ; ▪ Rupture de stock des médicaments IO ; ▪ Plateau technique de laboratoire insuffisant (matériel, équipement...) pour confirmer le diagnostic de certains IO ;
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de HSH/UD/TS ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique au cours des 12 derniers mois ; ▪ Nombre de sessions de club d'observance tenus au cours des 12 derniers mois ; ▪ Nombres de HSH/UD/TS sous ARV référés par les EP/CC et autres acteurs pour difficultés d'observance ; ▪ Nombre de consultations d'IO réalisées au profit des HSH/UD/TS vivant avec le VIH ▪ Nombre de cas d'IO diagnostiqués et traités chez des HSH/UD/TS vivant avec le VIH
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de HSH/UD/TS parmi ceux ayant bénéficié d'une aide à l'observance qui déclare avoir une qualité et durée de vie améliorée. ▪ % de PDV parmi les HSH/UD/TS traités par ARV après 12 mois de traitement ▪ % de HSH/UD/TS et clients sous ARV suivies dans la structure sanitaire de PEC ▪ % de HSH/UD/TS vivant avec le VIH guéris d'une IO

4.2.7. PROMOTION DU RESPECT DES DROITS HUMAINS

Tableau 16: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS, HSH, UD

COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS HSH UD	
▪ Composante 1	▪ Formation et/ou mise à niveau des acteurs de prévention
▪ Composante 2	▪ Prévention par la CCC des IST, du VIH et de l'hépatite B
▪ Composante 3	▪ Promotion de l'utilisation et distribution de préservatifs et gels lubrifiants
▪ Composante 4	▪ Dépistage conseils
▪ Composante 5	▪ Diagnostic et traitement des IST
▪ Composante 6	▪ Prise en charge par les ARV et Prévention-traitement des infections opportunistes (IO)
▪ Composante 7	▪ Promotion du respect des droits humains

4.2.8.ACCEZ AU SERVICE DE SANTE MENTALE

Tableau 17: PROMOTION DU RESPECT DES DROITS HUMAINS

PROMOTION DU RESPECT DES DROITS HUMAINS : LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION/DISCRIMINATION / ACCES AUX SERVICES JURIDIQUES, SOCIAUX ET DE SANTE	
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion du respect des droits humains au profit des HSH/UD/TS ; ▪ Réduction de la vulnérabilité des HSH/UD/TS vis-à-vis de l'infection par le VIH ; ▪ Promotion d'un environnement social favorable à la riposte au VIH ; ▪ Campagne « connaitre ses droits et ses devoirs » ; ▪ Réduction de stigmatisation et de la discrimination ; <p>○Pour les UD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction de la vulnérabilité des UD face à l'infection à VIH ; ▪ Amélioration de l'accès aux services de prévention et de PEC ; ▪ Intégration de l'approche Famille ; ▪ Réinsertion sociale et autonomisation des UD ;
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation/actualisation des supports de communication sur la stigmatisation et la discrimination à l'égard des HSH/UD/TS ▪ Réalisation des campagnes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des HSH/UD/TS ▪ Formation des personnels de santé et communautaire sur la stigmatisation et la discrimination ▪ Identification et référencement des survivants ▪ PEC médicale, psychosociale et judiciaire des survivants ▪ Promotion de l'outil de rapportage des violences faites aux PVVIH et aux Populations Clés. <p>○Pour les UD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du plaidoyer auprès des autorités politiques, administratives et sécuritaires pour faciliter le travail de prévention et de soins auprès des UD ▪ Renforcement du plaidoyer auprès des familles pour faciliter la réinsertion des Sensibilisation des UD sur les droits humains ; ▪ Facilitation de l'insertion des UD dans les centres de formation ;
Responsable/ acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MSHP/PNLS ▪ Partenaires Techniques ▪ Leaders communautaires, acteurs OSC/OBC, dignitaires religieux et coutumiers, etc. ▪ Médias ▪ Forces de l'ordre et de sécurité ▪ Ministères en charge de la Justice et des droits humains (Juristes et Magistrats) ▪ Ministère de la santé ▪ Ministères de la Défense et de l'intérieur

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel de santé ▪ Agents communautaires
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'un lobby de la société civile pour l'amélioration de l'environnement juridique ▪ Volonté et engagement politique au plus haut niveau ▪ Adoption, adaptation et mise en œuvre des recommandations de l'OMS relatives aux HSH/UD/TS ▪ Élaboration de normes et directives d'interventions en direction des HSH/UD/TS
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Environnement peu favorable ; ▪ Faible engagement des acteurs communautaires, média et FDS ▪ Indisponibilité d'outils ou supports adaptés de sensibilisation (dépliants, affiches, toiles, brochures...) contre la stigmatisation et la discrimination ;
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de HSH/UD/TS déclarant avoir été victimes d'agression verbale, physique ou de violence sexuelle de la part d'un tiers au cours des 12 derniers mois ▪ Nombre de HSH/UD/TS déclarant avoir été victimes d'agression verbale, physique ou de violence sexuelle de la part des forces de l'ordre au cours des 12 derniers mois ; ▪ Nombre de séance de sensibilisation réalisée pour la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des HSH/UD/TS ; ▪ Nombre de survivantes ayant bénéficié d'une prise en charge (médicale/psychosociale/ judiciaire) ; ▪ Nombre de HSH/UD/TS ayant été sensibilisés sur les droits humains. <p>○ Pour les UD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'UD ayant bénéficié d'une réinsertion en famille ▪ Nombre d'UD ayant bénéficié d'une réinsertion social /autonomisation
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'OSC, OBC et associations renforcées qui délivrent les services de promotion des droits humains dans le contexte de la lutte contre le VIH ; ▪ Nombre de HSH/UD/TS qui se rendent à des consultations juridiques ; ▪ % de HSH/UD/TS déclarant avoir été victimes d'agression verbale, physique ou de violence sexuelle de la part d'un tiers au cours des 12 derniers mois ; ▪ % de HSH/UD/TS déclarant avoir été victimes d'agression verbale, physique ou de violence sexuelle de la part des forces de l'ordre au cours des 12 derniers mois ; ▪ % de HSH/UD/TS ayant été sensibilisés sur les droits humains ; ▪ % d'hommes de média ayant tenu des propos incitant à la stigmatisation ou discrimination des HSH au cours des 12 derniers mois ; <p>○ Pour les UD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'UD ayant bénéficié d'une réinsertion en famille ▪ Nombre d'UD ayant bénéficié d'une réinsertion social /autonomisation.

Tableau 18: COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS, HSH, UD

COMPOSANTES COMMUNES AUX PMA TS, HSH UD	
Composante 1	<ul style="list-style-type: none"> Formation et/ou mise à niveau des acteurs de prévention
Composante 2	<ul style="list-style-type: none"> Prévention par la CCC des IST, du VIH et de l'hépatite B
Composante 3	<ul style="list-style-type: none"> Promotion de l'utilisation et distribution de préservatifs et gels lubrifiants
Composante 4	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage Conseils du VIH
Composante 5	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic et traitement des IST
Composante 6	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge par les ARV et Prévention-traitement des infections opportunistes (IO)
Composante 7	<ul style="list-style-type: none"> Promotion du respect des droits humains
Composante 8	<ul style="list-style-type: none"> Accès aux services de santé mentale

Tableau 19: ACCES AUX SERVICES DE SANTE MENTALE

ACCES AUX SERVICES DE SANTE MENTALE	
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> Accès à des consultations médicales spécialisées pour les HSH/UD/TS ; Réduction de la douleur morale ou de la souffrance psychique des HSH/TS/UD vivant avec le VIH ; Soutien psychologique individualisé et de groupe (consultations et groupes de parole) ; Disponibilité et utilisation des services de santé mentale ; Accès aux services de santé primaire ; Intégration de l'approche Famille.
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place des services médicaux de santé mentale en stratégie fixe qui répondent aux besoins des HSH et faciliter leur utilisation par ces derniers Orientation/Renforcement des capacités des médecins généralistes et spécialistes et des leaders communautaires sur les questions de santé mentale spécifiques aux HSH/UD/TS Mise en place des SA qui répondent aux besoins des HSH/UD/TS et encourager leur utilisation par ces derniers Mise en place de système formel de référence et contre-référence entre les différents prestataires généralistes et spécialistes (psychologue) Mise en place des prestations de services relatives à la santé mentale dans les SA/SAI fréquentés par les HSH/UD/TS Intégration des prestations de services de santé mentale en stratégie fixe au profit des HSH/UD/TS qui vivent avec le VIH
Responsable/acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels de la santé mentale / relation d'aide (psychologue, psychothérapeute, psychiatre ou infirmiers spécialisés en santé mentale) ; Assistante sociale ; Médecins généralistes à compétences renforcées ; Leaders communautaires

Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir une relation soignant- soigné «friendly» ; ▪ Flexibilité et adaptation des horaires des services ; ▪ Cadre garantissant la confidentialité des entretiens ; ▪ Référence précoce des HSH/UD/TS en état de souffrance psychique ;
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non gratuité de la consultation du spécialiste en santé mentale ; ▪ Horaires de consultation dans les points fixes des structures sanitaires non adaptées ; ▪ Non disponibilité du spécialiste de la relation d'aide pour l'animation dans les points fixes des structures sanitaires ; ▪ Insuffisance de centre et de prestataires pour la prise en charge de la santé mentale ▪ Psychologique ;
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de HSH/UD/TS ayant bénéficié d'une consultation en santé mentale les 12 derniers mois ; ▪ Nombre de HSH/UD/TS ayant assisté à un groupe de paroles au cours des 12 derniers mois ; ▪ % de Leaders communautaires et des responsables des structures sanitaires publiques ou privées déjà fréquentées ou susceptibles d'être fréquentées par les TS ayant bénéficiés d'une formation sur les questions de santé mentale spécifiques aux TS ; ▪ Nombre de cas d'affections mentales diagnostiquées chez les HSH/UD/TS ; ▪ Nombre de cas d'affections mentales référencées et contre-référencées ; ▪ % de médecins des structures sanitaires publiques ou privées déjà fréquentées ou susceptibles d'être fréquentées par les HSH/UD/TS ayant bénéficiés d'une formation sur les questions de santé spécifiques aux HSH/UD/TS et sur les particularités de la consultation médicale pour les HSH/UD/TS les 12 derniers mois
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % des HSH/UD/TS ayant déclaré avoir été victime de dépression au cours de 12 derniers mois ; ▪ Proportion de HSH/UD/TS chez qui une amélioration de troubles psychologiques a été notée ; ▪ % de médecins des structures sanitaires publiques ou privées déjà fréquentées ou susceptibles d'être fréquentées par les HSH/UD/TS ayant bénéficiés d'une formation sur les questions de santé spécifiques aux populations clés et sur les particularités de la consultation médicale pour les HSH/UD/TS.

4.3 COMPOSANTES SPECIFIQUES

Cette rubrique présente en complément aux composantes de services communes aux trois catégories de populations clés, les composantes de services spécifiques à chaque groupe.

Tableau 20: COMPOSANTES SPECIFIQUES

COMPOSANTES SPECIFIQUES TRAVAILLEURS (SES) DU SEXE & HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES	
TRAVAILLEURS (SES) DU SEXE (TS)	
Composante 1	
Composante 1	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomisation des TS
Composante 2	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux services juridiques, sociaux et de santé
Composante 3	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux services de PF et PTME
Composante 4	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins de santé primaire pour les TS et leurs enfants
USAGERS DE DROGUE (UD)	
Composante 5	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement de substitution aux opiacés (TSO) et autres traitements des addictions
Composante 6	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de Risques pour les UD
Composante 7	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention, diagnostic et traitement des hépatites virales B et C
Composante 8	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention, Diagnostic et traitement de la Tuberculose

4.3.1 COMPOSANTES DE SERVICES SPECIFIQUES AUX TRAVAILLEURS (SES) DU SEXE

Quatre composantes de services spécifiques sont organisées dans cette rubrique

Tableau 21: AUTONOMISATION DES TS

AUTONOMISATION DES TS	
CIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • TS
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Accompagnement/Suivi
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement économique des TS en vue de leur autonomisation ; • Accompagnement dans l'investissement pour AGR et microentreprises ;
Responsable/acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Structures associatives et communautaires ; • Partenaires techniques et financiers
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de viabilité ; • Elaboration d'un plan d'affaire ; • Renforcement de capacités des bénéficiaires à la gestion de microcrédits.
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> • Réticence des PTF du fait de la mobilité des TS ; • Difficulté de constitution de fonds de garantie ; • Difficulté pour les TS de se constituer en groupes solidaires (associations, coopératives ou mutuelles) • Difficultés de suivi et de recouvrement des fonds (risques sur la garantie constituée)
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de TS ayant bénéficié d'une AGR au cours des 12 derniers mois • Nombre de TS ayant bénéficié d'une formation d'initiation aux AGR et à la micro entreprise
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> • % de TS réinsérées économiquement au cours des 12 derniers mois

4.3.1.1 ACCES AUX SERVICES JURIDIQUES, SOCIAUX ET DE SANTE

Tableau 22: ACCES AUX SERVICES JURIDIQUES SAUCIAUX ET DE SANTÉ

ACCES AUX SERVICES JURIDIQUES, SOCIAUX ET DE SANTE	
CIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • TS
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion du respect des droits humains au profit des TS
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place des services d'assistance juridique et judiciaire • Mise en place d'un système d'orientation vers les points fixes des services juridiques, sociaux et de santé • Information des TS sur le code pénal et les droits humains dans le contexte du VIH
Responsable/ acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • MSHP/PNLS • OSC • Ministères de la Justice et des droits de l'homme (Juristes et magistrats) • Ministères de la Défense • Ministère de l'intérieur
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement favorable à garantir les droits humains aux TS dans le contexte du VIH • Application / respect de l'éthique médicale
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement non favorable (pesanteurs socioculturelles) au respect des droits des TS • Non gratuité des services d'assistance juridique et judiciaire • Difficultés de mobilisation des ressources financières
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'OSC, OBC et associations renforcées et qui délivrent les services de promotion des droits humains dans le contexte de la lutte contre le VIH • Nombre de TS ayant accès aux services
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> • % de TS ayant bénéficié des prestations juridiques ou judiciaires pour la défense de leurs droits dans le contexte du travail du sexe au cours des 12 derniers mois. • % de TS qui sont satisfaites des résultats des services juridiques

4.3.1.2 ACCES AUX SERVICES DE PF ET PTME**Tableau 23: ACCES AUX SERVICES DE PF ET PTME**

ACCES AUX SERVICES DE PF ET PTME	
CIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • TS
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation sur la PF • Offre de services PF • PEC de la PTME pour les TS PVVIH en grossesse
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Information sur le service de PF / PTME • Sensibilisation dans la communauté et dans les centres de Santé ; • Consultation PF • Visite de suivi PF • Prise en charge des TS VIH+ enceinte en PTME • Approvisionnement régulière des SA et SAI en ARV dans le cadre de la PTME
Responsable/ acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • MSHP/PNLS • ONG / OSC • Professionnels de la santé (médecins, infirmiers • Sages-femmes, techniciens de labo • PNSME (Programme National de la Santé Mère-Enfant)
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne perception du PF par les TS • Accessibilité (coût) des méthodes contraceptives proposées.
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> • Non gratuité des méthodes contraceptives modernes ; • Mauvaise perception ou non adhésion aux méthodes de contraception modernes ; • Rupture de stock de médicaments ARV ; • Non gratuité du bilan pré-thérapeutique et de suivi ; • Insuffisance de ressources pour assurer le suivi de l'observance et la recherche active des perdues de vue ;
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de TS enceintes séropositives nouvellement mises sous ARV ; • Nombre de TS enceintes séropositives déjà sous ARV ; • Nombre de TS sous contraception moderne perdues de vue ; • Nombre de TS sous contraception moderne protégées ; • Quantité de produits contraceptifs distribués ; • Nombre de TS ayant reçu des services de PF après avortement ; • Nombre de TS enceintes ayant reçu un conseil et une proposition de test VIH ; • Nombre total de TS enceintes testées pour le VIH ; • Nombre de TS ayant reçu un counseling en PF ; • Taux d'acceptation des produits de la PF par les TS
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> • % de TS parmi celles ayant bénéficié d'une aide à l'observance qui déclare avoir une qualité et durée de vie améliorée. • % de TS et clients sous ARV suivies dans la structure sanitaire de PEC

4.3.1.3 ACCES AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRE POUR LES TS ET LEURS ENFANTS

Tableau 24: ACCES AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRE POUR LES TS ET LEURS ENFANTS

ACCES AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRE POUR LES TS ET LEURS ENFANTS	
CIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • TS
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des affections courantes ; • Rendre disponible l'offre de service aux enfants de TS (OEV) à savoir soutien alimentaire ou nutritionnel, santé, éducation et mise en apprentissage, psychosocial, protection, abri et soin, renforcement économique et juridique) ;
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des affections courantes ; • Consultation médicale ; • Mise en place d'un système de référence et contre référence vers les services de PEC des OEV (plateforme) ;
Responsable/acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Prestataires de soins de santé des SAI/SA ; • PNOEV ; • ONG de prise en charge des OEV ; • Partenaires techniques et financiers ; • ONG ciblant les TS ;
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité (géographique / coût) aux services de santé ; • Utilisation de la carte contact pour la référence et la traçabilité des TS ;
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> • Non gratuité des consultations ; • Faible coordination des interventions ;
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de TS et enfants de TS ayant bénéficié de prestation de santé primaire ; • Nombre d'OEV et leur famille bénéficiant d'un soutien ; • Nombre d'OEV référés par les organisations ;
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> • % de TS ayant bénéficié de prestation de santé primaire ; • % enfants de TS ayant bénéficié de prestation de santé primaire ;

4.3.2 COMPOSANTES DE SERVICES SPECIFIQUES AUX UTILISATEURS DE DROGUES (UD)

Quatre composantes de services spécifiques sont organisées dans cette rubrique.

4.3.2.1 TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES (TSO) ET AUTRES TRAITEMENTS DES ADDICTIONS

Tableau 25: TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES (TSO) ET AUTRES TRAITEMENTS DES ADDICTIONS

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES (TSO) ET AUTRES TRAITEMENTS DES ADDICTIONS	
CIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • UD
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre d'offres de services adaptés à la PEC et au traitement (substitution et addiction) des UD • Disponibilité et utilisation des services offrant des TSO et des traitements efficaces des addictions
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination des activités de TSO et autres traitements des addictions • Création de centres de PEC d'addictologie • Intégration des prestations de services de TSO au profit des UD qui vivent avec le VIH • Renforcement des capacités du personnel à la prise en charge des UD • Disponibilité des TSO et autres traitements des addictions
Responsable/ acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé /PNLS/Institutions spécialisées • Décideurs politiques et hommes de loi • OBC • Groupe UD • Partenaires techniques et financiers • NPSP
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre des directives de l'OMS, ONUDC et ONUSIDA • Intégration et soutien des OBC à l'initiative • Mise en application de la loi protégeant les UD en matière d'accès aux soins
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> • Non gratuité des TSO et autres traitements des addictions • Faible engagement des décideurs politique, Organisation de la Société Civile, hommes de loi bailleurs • Insuffisance de ressources financières • Insuffisance de ressources humaines en addictologie
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de UD qui bénéficie d'un TSO • Nombre de UD qui bénéficie d'un autre traitement des addictions
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> • % des UD ayant bénéficié d'un TSO ou d'un autre traitement efficace des addictions au cours des 12 derniers mois • % de UD sortis de l'addiction aux drogues au cours des 12 derniers mois

4.3.2.2 REDUCTION DE RISQUES POUR LES UD

Tableau 26: REDUCTION DE RISQUES POUR LES UD

REDUCTION DE RISQUES POUR LES UD	
CIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • UD
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité et bonne utilisation des programmes de RdR ; • Réduction des risques liés à la consommation de drogues chez les UD souffrant d'addictions ; • Intégration des services RdR en milieu carcéral ;
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la prise en charge des addictions (avec TSO) en stratégie fixe dans les structures sanitaires de proximité pour les UD ; • Intégration des prestations de services dans la prise en charge des TS, HSH qui sont UD et qui vivent avec le VIH ; • Organisation de séance de sensibilisation ;
Responsable/ acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • MSHP/PNLS / Institutions spécialisées • Responsables de l'administration pénitentiaire • Personnels de santé, notamment travaillant en prison • Décideurs politique et hommes de loi • OBC • Société civile et PTF
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption et mise en œuvre de la recommandation de l'OMS relative à la RdR pour les UD au profit des TS, HSH et détenus • Plaidoyer auprès des PTF et autres partenaires pour le soutien au programme RdR • Intégration des programmes RdR dans le PSN de Lutte Contre le VIH de la CI
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement juridique peu favorable • Faible engagement des décideurs politiques, OSC, hommes de loi et bailleurs • Insuffisance de ressources financières et humaines
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de séances de CCC (RdR) au profit des UD dans les structures pénitentiaires • Nombre de séances de CCC au profit des UD
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> • % d'UD ayant bénéficié un traitement de substitution au cours des 12 derniers mois

4.3.2.3 **PREVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES HEPATITES VIRALES B ET C**

Tableau 27: PREVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES HEPATITES VIRALES B ET C

PREVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES HEPATITES VIRALES B ET C	
CIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • UD
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance sur l'hépatite B et C : modes de transmission, moyens de prévention ; • Co-infection VIH-VHB et VHC • Dépistage et référence vers les sites de vaccination et de PEC des hépatites B • Dépistage et référence vers les sites de de PEC des hépatites C
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation des séances de sensibilisation de proximité sur les hépatites B et C en stratégie mobile et avancée • Organisation en collaboration avec les personnels de santé ou les personnes ressources, et les responsables d'ONG/OBC de proximité, des cadres périodiques d'échanges avec les UD sur les hépatites B et C • Organisation des campagnes périodiques de dépistage et de vaccination en stratégie mobile et avancée pour l'hépatite B
Responsable/ acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • PNLHV (programme de lutte contre les hépatites virales) ; • MSHP/PNLS ; • PTF/bailleurs ; • Personnels de santé (Médecins ...) ; • EP/CC, animateurs et animatrices d'OBC et ONG de proximité ;
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Application des directives de l'OMS ONUDC et ONUSIDA pour la vaccination contre l'hépatite B ;
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de kit de dépistage Rupture de stock de kits de vaccins • Non gratuité de la vaccination ; • Insuffisance de ressources financières surtout en cas de stratégie avancée ou mobile ;
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de UD référé pour la vaccination contre l'hépatite B les 12 derniers mois ; • Nombre de UD ayant bénéficié d'un dépistage de l'hépatite B et C les 12 derniers mois ; • Nombre d'UD touché par les activités de CCC ;
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> • % de UD ayant une connaissance de l'hépatite B et C • % de UD vaccinés contre l'hépatite B et C • % de UD ayant bénéficiés d'un traitement contre l'hépatite B et C

4.3.2.4 PREVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE**Tableau 28: PREVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE**

PREVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE	
CIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • UD
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité et accès gratuit au traitement préventif, au dépistage et au traitement de la TB
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de séance de sensibilisation de proximité par entretiens individuels ou communication interpersonnelle ; • Organisation de séance de sensibilisation de proximité en petits groupes : causeries éducatives, etc. • Combinaison de méthodes de CCC de proximité ; • Utilisation des stratégies fixe, avancée / mobile ; • Actualisation mensuelle de la cartographie des sites de consommation ; • Surveillance épidémiologique UD/TB ; • Suivi des UD sous TTT anti tuberculeux (stratégie TDO (traitement directement observé)
Responsable/ acteurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • MSHP/PNLS/ Institutions spécialisées • PTF • Prestataires de santé (Infirmiers, Médecins ...) • Les communautaires
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption et mise en œuvre de la recommandation technique des directives l'OMS ONUDC et ONUSIDA ; • Disponibilité des médicaments et des tests de dépistage ; • Renforcement des capacités des prestataires de santé et agents communautaires ;
Contraintes probables	<ul style="list-style-type: none"> • Rupture de stock des médicaments et des kits de dépistage ; • Insuffisance de ressources financières ; • Sous-équipement des laboratoires ;
Résultats produits	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de UD ayant bénéficié d'un dépistage de la TB les 12 derniers mois ; • Nombre de UD vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un traitement préventif de la TB ; • Nombre de UD dépisté positif à la TB et ayant bénéficié d'un traitement complet ;
Résultats effets	<ul style="list-style-type: none"> • % de UD dépisté positif à la TB et ayant bénéficié d'un traitement complet déclaré guéris pour la TB²⁰;

²⁰ Taux de guérison supérieur ou égal au taux national du PNLT

Tableau 29: SYNTHESE DES COMPOSANTES DES SERVICES DES PMA PAR CIBLE

HSH	TS	UD
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formation ou mise à niveau des acteurs de prévention ; 2. Prévention par la CCC des IST et VIH et Prévention de l'hépatite B ; 3. Promotion de l'utilisation et distribution de préservatifs et gels lubrifiants ; 4. Dépistage Conseils du VIH 5. Diagnostic et traitement des IST ; 6. Prise en charge par les ARV, Prévention-traitement des infections opportunistes (IO) ; 7. Accès aux services médicaux spécialisés (y compris santé mentale) 8. Promotion du respect des droits humains 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formation ou mise à niveau des acteurs de prévention 2. Prévention par la CCC des IST et VIH et Prévention de l'hépatite B 3. Dépistage Conseils du VIH 4. Prévention et traitement des IST et dépistage du cancer du col utérin 5. Prévention de l'hépatite B 6. Prise en charge par les ARV et Prévention et traitement des infections opportunistes (IO) 7. Accès aux services spécialisés de santé mentale 8. Autonomisation des TS 9. Accès aux services juridiques, sociaux et de santé et Lutte contre la stigmatisation et la discrimination 10. Promotion du planning familial et de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) 11. Accès aux soins de santé primaire 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévention par la CCC des IST et VIH et Prévention de l'hépatite B 2. Traitement de substitution aux opiacés (TSO) et autres traitements des addictions 3. Dépistage Conseils du VIH 4. Programmes de Réduction de Risques pour les TS et HSH UD : PES et TSO et autres traitements des addictions 5. Promotion de l'utilisation et distribution de préservatifs et gels lubrifiants 6. Diagnostic et traitement des IST 7. Traitement ARV et observance et Prévention et traitement des infections opportunistes (IO) 8. Accès aux services médicaux adaptés (y compris santé mentale) 9. Diagnostic et traitement des hépatites virales 10. Prévention, Diagnostic et traitement de la tuberculose 11. Promotion du respect des droits humains et Lutte contre la stigmatisation et la discrimination 12. Formation ou mise à niveau des acteurs de prévention

ORGANISATION DE L'OFFRE DE SERVICES

Le cadre organisationnel indispensable au déploiement d'une offre de services appropriée à la mise en œuvre des PMA comprend son cadre physique même, les équipements nécessaires et l'organisation des structures prestataires.

5.1 Matériels et équipement requis

Les SA/SAI doivent disposer de différents matériels et équipements nécessaires à l'exécution de leurs tâches dans les standards de qualité requis.

Les structures qui mettent en œuvre les services de prévention combinée et de prise en charge globale du VIH et des IST qui figurent dans les PMA au profit des populations clés doivent être organisées de telle sorte d'assurer un accueil convivial et la confidentialité nécessaire qui incitera les bénéficiaires à utiliser ces services.

Pour la plupart, les SA/SAI sont installées dans des structures déjà existantes et qui dispensent des services déjà en rapport avec les IST du VIH. Ils doivent en principe déjà disposer de conditions permettant de garantir la confidentialité dans l'offre de service de prévention et soins du VIH et des IST.

Les SA/SAI doivent en principe comprendre au minimum les aménagements suivants (obligatoires) :

- 1 salle d'attente avec un poste d'accueil ;
- 1 salle /espace dédié au conseil pré et post test garantissant la discréetion des échanges ;
- 1 salle de prélèvement et soins, avec au minimum 1 espace aménagé pour la réalisation des tests rapides, au mieux
- 1 salle de laboratoire ;
- 1 salle de consultation (médecin ou paramédical) ;
- 1 salle dédiée au stockage et à la dispensation des médicaments, kits des IST, des IO, ARV et préservatifs et gels lubrifiants ;
- 1 bloc de toilettes pour le personnel ;
- 1 salle de travail et de documentation.

Dans la mesure du possible, ces structures devraient pouvoir disposer également des aménagements suivants (facultatifs) :

- 1 salle de soins distincte de la salle de prélèvement ;
- 1 salle de mise en observation (avec lit) pour les soins nécessitant une surveillance de plusieurs heures ;
- 1 salle de repos pour le personnel ;
- 1 magasin pour le stockage des matériels et intrants divers ;
- 1 bloc de toilettes pour les bénéficiaires des services ;

Les salles doivent être propres et correctement éclairées. Elles doivent être aérées et ventilées, éventuellement climatisées. Leur équipement mobilier doit permettre d'assurer un confort minimal pour le personnel et pour les clients (places assises disponibles en nombre suffisant, protégées du soleil et/ou de la chaleur excessive).

Tableau 27: Matériels et équipements nécessaires dans Les SA/SAI

Espace d'attente et poste d'accueil	Salle /espace dédié au conseil dépistage	Salle de consultation	Salle stockage et dispensation des médicaments	Salle de soins ²¹	Salle de mise en observation ²²
<ul style="list-style-type: none"> • 1 bureau+1 fauteuil de bureau • 2 chaises visiteurs • 10 fauteuils ou chaises avec accoudoirs et dossier pour les clients en attente • 1 tablette centrale • 1 armoire ou étagère • 1 poste télé ou écran + vidéo-projecteur • 1 lecteur DVD ou ordinateur portable • 1 boîte image sur l'infection à VIH et les IST • 1 pénis en bois pour démonstration du préservatif masculin, • 1 mannequin féminin pour démonstration du préservatif féminin • Dépliants, DVD, posters/affiches, manuels, revues, articles et publications sur l'infection à VIH et les IST 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 bureau + 1 fauteuil de bureau • 2 chaises visiteurs • 1 armoire ou étagère • 1 boîte à image sur l'infection à VIH et les IST • 1 pénis en bois pour démonstration du préservatif masculin + 1 mannequin féminin pour démonstration du préservatif féminin • Dépliants, DVD, posters/affiches, manuels, revues, articles et publications sur l'infection à VIH et les IST • Kits pour réalisation de tests de dépistage rapide sur sang total (TDR²⁵ VIH) • 1 poubelle normale + 1 container sécurisé pour déchets biologiques et matériels d'injection 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 bureau + 1 fauteuil de bureau • 2 Chaises visiteurs • 1 Armoire et/ou étagère • 1 lit d'examen • 1 table d'examen gynécologique • 1 poubelle normale • Petits matériels médicaux pour examen gynécologique et anorectal (spéculum et anuscope) • 1 boîte à image sur l'infection à VIH et les IST • Dépliants, posters/ affiches, manuels, revues, articles et publications sur l'infection à VIH et les IST 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 bureau + 1 fauteuil de bureau • Chaises visiteurs • 1 armoire de stockage de médicaments fermant à clé • Rayonnages / étagères de stockage pour médicaments • 1 réfrigérateur fonctionnel • 1 climatiseur fonctionnel • 1 poubelle normale 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 table + 1 chaise • 2 chaises visiteurs • 1 armoire pour stockage de médicaments et petits matériels de soins • 1 lit d'examen • 1 poubelle normale + 1 container sécurisé pour déchets biologiques et matériels d'injection 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 bureau +1 fauteuil de bureau • 3 chaises visiteurs • 1 armoire ou étagère • 1 à 5 lits d'observation avec potences et tables de chevet • Dispositif de ventilation et/ou climatisation fonctionnel • 1 à 5 paravents

²¹ Selon disponibilité d'un espace suffisant

²² Selon le type de SA/SAI et disponibilité d'un espace suffisant

5.2 Ressources humaines pour l'offre de services

Même si ces structures SA/SAI disposent de locaux, équipements et matériels adéquats, elles ne seront capables d'offrir les services attendus que si elles disposent de personnels qualifiés et accueillant, en nombre suffisant. Le type et l'effectif des personnels, de même que les qualités, profils et compétences requis sont détaillés ci-dessous.

Ces structures de prévention et de PEC des IST et du VIH au profit des populations clés doivent disposer des personnels spécifiques suivants (au minimum) :

- 1 responsable de service (médecin ou paramédical selon les types de structures) ;
- 1 médecin (temps partiel dans les plus petites structures, contractuel ou statutaire selon l'importance et la nature de la structure) ;
- 1 à 2 équivalents/temps-plein (ETP) d'infirmiers Diplômé d'Etat (IDE) ou sages-femmes ;
- 1 à 2 agents de santé (auxiliaires ou aide-soignant) ;
- 1 à 2 conseillers pour le dépistage (pouvant être les IDE ou agents de santé) ;
- 1 agent d'accueil ;
- 1 technicien de laboratoire et/ou 1 agent de laboratoire (pour les structures disposant d'une salle / espace de laboratoire) ;
- 2 à 4 agents de mobilisation communautaire (éducateurs de pairs ; agent communautaire) ;
- 1 agent d'entretien +/- 1 agent de sécurité

Le rôle de chacun des membres du personnel doit être précisément défini dans un document référentiel spécifique. Dans les SA/SAI du secteur public, les personnels disponibles doivent pouvoir assurer les différentes fonctions décrites ci-dessus pour permettre la mise en œuvre du PMA dans les normes de qualités requises. Ils ne sont évidemment pas entièrement dédiés au travail ciblant les populations clés et doivent donc assurer les fonctions habituelles de la structure support du SA/SAI.

Dans le cas où le centre ne dispose pas du minimum de personnels décrit ci-dessus, il est nécessaire qu'il puisse bénéficier d'un renforcement adéquat en ressources humaines, selon le standard décrit ci-dessus.

5.3 Spécificités de l'offre de service en stratégie mobile

L'offre de service doit pouvoir s'articuler sur un versant de stratégie avancée, qui permet de porter ces services de prévention et soins au-devant de bénéficiaires qui ne fréquentent pas facilement les SA/SAI. Les équipes de prévention et de soins opérant en stratégie avancée doivent disposer des personnels spécifiques suivants (au minimum) :

- 1 infirmier DE (ou sage-femme DE) ;
- 2 conseillers en dépistage ;
- 2 agents de mobilisation communautaire (éducateurs de pairs) ;
- 1 chauffeur (si un véhicule doit être mobilisé).

Lorsque c'est possible et qu'il s'agit d'une sortie avec une unité mobile de soins/dépistage, 1 médecin (de l'équipe du SA/SAI ou vacataire) et un technicien de laboratoire peuvent être mobilisés pour compléter l'équipe.

Le rôle de chacun des membres du personnel doit être précisément défini dans un document référentiel spécifique. Ces rôles sont identiques à ceux des personnels utilisés en stratégie fixe. Cependant, les personnels doivent de surcroit assurer l'entretien des équipements mobilisés (matériels et véhicules) et lorsqu'un véhicule est mobilisé, le chauffeur assure également la sécurité de l'équipe et du matériel.

6

SUIVI ET EVALUATION

6.1 SUPERVISION

Les différents acteurs de mise en œuvre doivent bénéficier d'une supervision régulière, au minimum de façon trimestrielle. La supervision doit s'inscrire dans un système de management de la qualité, et concerner tous les prestataires (y compris les personnels de soutien) et participer d'une vision formative.

Les supervisions peuvent être conduites de façon individuelle ou intervenir par groupe de prestataires (groupes homogènes d'infirmiers, de Conseillers Communautaires d'éducateurs de pair, de médecins ; ou groupes fonctionnels composés de différents profils).

Elle porte sur les connaissances et pratiques des acteurs de mise en œuvre du PMA.

Le superviseur doit enfin s'attacher à assurer une supervision individuelle de soutien à tout prestataire qui en a besoin ou qui en fait la demande.

La supervision est mensuelle pour les EP, trimestrielle pour les autres acteurs de mise en œuvre.

6.2 OUTILS DE SUIVI DES INTERVENTIONS DU PMA

La disponibilité d'outils de suivi et de gestion adaptés à la situation et au type de structure est également une condition d'exercice importante pour les structures de mise en œuvre du PMA au profit des populations clés.

Ces outils peuvent être matérialisés par des registres, fiches et autres carnets :

- Registre de visite / consultation pour l'agent d'accueil ;
- Fiche de recueil des données pour le conseil dépistage du VIH ;
- Registre de consultation pour le professionnel de santé ;
- Registre des tests de dépistage ou registre de laboratoire ;
- Registre de dispensation des médicaments ;
- Carnet de santé ;
- Registre de rapportage mensuel des activités ;
- Fiches de gestion des stocks de médicaments.

Ils peuvent également dématérialisés dans les SA/SAI qui disposent d'outils informatiques (option préférentielle) :

- Agenda de consultation informatisé ;
- Dossier médical informatisé ;
- Logiciel de dispensation des médicaments ;
- Logiciel de gestion des intrants pharmaceutiques et consommables ;
- Outil informatisé de rapportage des interventions.

N.B : En outre, la structure devra procéder à une évaluation de la satisfaction des clients (bénéficiaires) quant aux services offerts en vue de l'amélioration de ses prestations.

6.3 INDICATEURS

- Le regroupement des différents indicateurs classiquement proposés pour chaque catégorie de populations clés est résumé dans le tableau 31 ci-dessous.

Tableau 31: Indicateurs de référence pour le PMA au profit des populations clés : HSH, TS et UD

Populations clés	Indicateurs	Mode de collecte
TS	Pourcentage de travailleurs(ses) du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH Pourcentage de travailleurs(ses) du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client Pourcentage de travailleurs(ses) du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat Pourcentage de travailleurs(ses) du sexe qui vivent avec le VIH	Routine Non Routine Routine
HSH	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes atteints par les programmes de prévention du VIH ; Pourcentage de HSH ayant répondu « oui » à "Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ; Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme ; Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont réalisé un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat ; Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui vivent avec le VIH.	Routine Non Routine Non routine Routine
UD	Nombre d'embouts reçus par usagers de drogues par an par le biais des programmes ; Pourcentage de usagers de drogues qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport Pourcentage de usagers de drogues qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat Pourcentage de usagers de drogues qui vivent avec le VIH Pourcentage de UD dépistés positifs à la TB et ayant bénéficié d'un traitement complet déclaré guéris pour la TB	Routine Non Routine Routine Routine Routine

CONCLUSION

Ce document de normes de prévention combinée TS, HSH et UD est un document de référence nationale qui formalise et harmonise les interventions en direction de ces cibles. Ces interventions obéissent aux normes et directives internationales. Il prend en compte le respect des droits humains car tous les hommes ont droit à la santé.

Ainsi, la Côte d'Ivoire s'engage résolument à prendre en compte les TS, HSH et UD dans son système de santé et dans sa réponse à la pandémie du VIH et du sida dans l'atteinte des 90-90-90 d'ici à 2020. Par conséquent ce document de normes de prévention combinée est un outil de travail des partenaires pour les orienter à mieux dérouler les activités en intégrant la spécificité de ces cibles.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Bibliographie spécifique

- OMS : Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations-clés, Genève, juin 2016.
- Plan Stratégique National de lutte contre le VIH RCI 2016-2020 ;
- PNLS, RCI : Dictionnaire des Indicateurs VIH secteur santé ; RCI, édition 2015.
- Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le SIDA ; PNLS : Directives 2015 de mise sous ARV à vie des femmes enceintes infectées par le VIH/Sida dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) en Côte d'Ivoire ; 2015 ;
- Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le SIDA ; PNLS : Directives 2015 de prise en charge des personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire, Abidjan 2015 ;
- MSM/GF : Série de Bulletins Techniques : Hépatite Virale et co-infection par le VIH ;
- OMS, ONUDC, ONUSIDA, Guide Technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA ; © Organisation mondiale de la Santé 2009;
- Analyse situationnelle des interventions en IST/VIH/sida auprès des professionnels (le)s du sexe en côte d'ivoire (UNFPA, juin 2008) ;
- Note circulaire sur l'approche « tester et traiter tous »;
- Guide de terminologie de l'ONUSIDA (octobre 2011);
- Rapports IBBS 2014 et 2015 ;
- Prévention et prise en charge de l'infection du VIH/SIDA et des autres IST ciblant les professionnels du sexe et leurs partenaires en Côte d'Ivoire (OMS, 2008) ;
- African Men for Sexual Health and Rights (AMSHeR) , Côte d'Ivoire, CARTE SCORE SUR LA SANTE DES HSH-2015;
- Document De Politique, Normes Et Procédures Des Services De Dépistage Du VIH en Côte d'Ivoire Edition 2016;

ANNEXE 2 : Bibliographie indicative

- ENDA/PLNS/JHU 2014 Etude bio comportementale du VIH et de la Syphilis chez les travailleuses du sexe à Abidjan (IBBS/PS) 2014;
- ENDA/PLNS/JHU 2015-2016 Etude bio comportementale du VIH et de la Syphilis chez les HSH à Abidjan gagnoa, yamousoukro, bouaké et agboville (IBBS/HSH);
- Médecin du Monde : Alliance ; Rapport d'étude yapasdrap _ CI 2014;
- OMS ; 2011, Prévention et traitement de l'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes et chez les populations transgenres : Recommandations pour une approche de santé publique ;
- EDS MICS III 2012;
- PLS-PHV/FHI, Etude sur le VIH et les facteurs de risques associés parmi les HSH à Abidjan, CI (SHARM 2012);
- Strathdee, S. A. & Stockman, J. K. Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: current trends and implications for interventions. Curr HIV/AIDS Rep. 2010 May;7(2):99-106.
- Wolfe, D. et al. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. Lancet. 2010 Jul 31 ;376(9738) :355-66;
- Les Plantes des dieux p.9 & P. et G. Pinchemel, La face de la Terre, Paris, Armand Colin, 1988;
- Chouvy, Des plantes magiques au développement économique, p. 12-14;
- OMS, Lignes directrices unifiées pour la prévention, le diagnostic le traitement et les soins du VIH pour les populations clés ; juin 2016;
- OMS, guidelines on VIH self-testing and partners notification; 2016
- Policy, janvier 2014, Guide d'utilisation des données sur l'estimation des cout;
- PLS-PHV, Estimation du cout unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les TS et les HSH en côte d'ivoire, 2013;
- OMS, 2015, Projet de stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH, 2016-2021;
- ONUSIDA, 2015, accélérer la prévention combinée;
- MSMGF, Kumâ parlons -en : Le droit à la santé des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) en Afrique de l'Ouest francophone, 2015;
- RAF_VIH, Comprendre et travailler avec les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ; pour une prévention combinée et une prise en charge globale des IST et du VIH;
- Dr G BECK-WIRTH, CH Mulhouse, Preventions combines & IST/VIH/Hepatitis, 2013;
- Plan Stratégique National 2016-2020 ; de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles;
- PNLT, Protocole de prise en charge de la consommation et des troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues, 2015.

ANNEXE 3 : Liste des personnes rencontrées

NOM PRENOMS	STRUCTURE	POSTE	TELEPHONE	E-MAIL
GRAUD Harding	PNLS Service PHV	Responsable service aux Populations clés	48 16 16 12	hardinggraud@gmail.com
Dr TTRAORE Salamata	PNLS	Chef service SPHV	47 23 59 33	traoresala@gmail.com
BOBO Dreassé Irma P. AHOBA	PNLS	Directeur Coordonnateur Adjoint		
Dr KOUADJALE Mathurin	PNLS	Chef service soin et traitement	54 39 93 47	drkouadjale@yahoo.fr
Dr AHOUA Adingra Patrice	PNLS	Chef service dépistage	54 39 94 12	padingra@yahoo.fr
N'DRI Yao Joachim	ENDA SANTE	Chargé projet FEVE	08 95 54 97	behiahou@gmail.com
OUSSOU Boh Mickael	Foyer du bonheur	Président	08 05 56 59	oussoumickael@yahoo.fr
Dr ANOMA Camille	Espace Confiance	Directeur coordonnateur	07 69 25 48	anomacamille@yahoo.fr
GNAO Elvis	Arc-en-ciel plus ONG	Directeur exécutif	07303870	
ATTEA B. Arthur	Anonyme ONG	Président	59 95 53 73	
AVIT Bertrand	Ruban-Rouge	Coordonnateur Prévention	07 61 76 99	avitenybertrant@yahoo.fr
KOUAME Isabelle	ONUSIDA	Conseillée Appui communautaire	47 31 93 19	
MONGOUA Chimène	PSI	Programme VIH	57535220	cmongoua@psi.ci
GATE Kouassi	PSI	Coord Program VIH	49192435	dkouassi@psi.ci
ASSOUMOU JEAN CLAUDE	Alliance CI	Chargé de programme VIH	04 43 22 22	Jeanclaude.assoumou@anisci.org
BOULET Renaud	Médecins du Monde	Coord. Programme réduction de risques	77 70 19 77	coord.rdr.cotedivoire@mdecinsdumonde.net
YAO Jean-Marc	LIDHO	LGBTIQ affairs Spécialiste	77 05 64 33	jeanmarcyao@gmail.com
QUENUM Brigitte	ONUSIDA	Directrice pays		quenumb@unaids.org
RAMAROSON Mianko	ONUSIDA			RamarosonM@unaids.org

ANNEXE 4: Liste des participants à l'atelier de validation

	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	POSTE	TEL	CONTACT
					MAIL
1	TRAORE Salamata	PNLS	Chef de service PHV	47235933	traoresala@gmail.com
2	DASSE Marie-Ange	PNLS	Chargées des HSH	01212825	mariagedasse@gmail.com
3	KOUASSI Joëlle	PNLS	Médecin	08832018	joellekouassy@yahoo.fr
4	COULIBALY Yelly Aïcha	BLETY	Chargée de communication	78989974	aichayelli@gmail.com
5	GOLLYS AWOO Hortense Bekanty	COVIE	Chargée de communication	08528430	gollysawoo@gmail.com
6	YAO N'DRI Joachin	ENDA SANTE	Chargé de projet FEVE	08959497	joachin_yao@endasanté.ci
7	GODE Michel	ALTERNATIVE CI	Superviseur Technique	48472150	godemichel09@gmail.com
8	ZOUKOURI Linda	ESPACE CONFIANCE	Responsable de programmes	07785013	patyzoug@yahoo.fr
9	AMON ETTIEN J.C. Yvanne	CDC	Deputy Branch chief pct/community	04838667	jeq7@cdc.gov
10	GOTAN Bonaventure	CS HKB BLAUCKHAUS	Assistante sociale, Point focal VIH	07424474	
11	OUATTARA Fatoumata	FSU 220 Logement Adjamé	Assistante sociale, Point focal VIH	03161445	
12	ETTIEN Acka Charles	RIP +	Directeur des programmes	09103096	ettienacka@yahoo.fr
13	GLOZE Z SEBO Brice Léonce	RUBAN ROUGE CI	Responsible GAP	48139073	sebobrico_ci@yahoo.fr
14	YAPI KIMOU Pacome Eric	Arc-en-ciel PLUS CI	Responsable administratif Adjoint	77479091	arencielcotedivoire@gmail.com
15	OPOKOU Sylvain	OCAL	Coordinateur UI GH-CI	03951407 / 07294469	opokou@hotmail.com
16	ATTEA Djely Arthur	ANONYME	Président	59955373	anonyme.soutien@gmail.com
17	DAGO Armand	ANOMYME	Superviseur	06210849 / 88212259	
18	KOIDIO KROUWA Adèle Larissa	FHI 360	Assistante technique	74807961	lkoidio@fhi360.org
19	AMBEU Anne	HEARTLAND ALLIANCE CI	Conseillère technique	09940154	aambeu@heartlandalliance.org
20	MONGOUA Chimène	PSI	Programme VIH	57535220	cmongoua@psi.ci