

Déployer à grande échelle des programmes visant à réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose

Évaluation de référence –
Côte d'Ivoire

AVERTISSEMENT

En vue de concrétiser l'objectif stratégique 3(a) de sa stratégie pour la période 2017-2022 – *Investir pour mettre fin aux épidémies* –, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a commandé ce document de travail, qui servira de base aux réflexions et aux discussions menées avec les parties prenantes et les partenaires techniques en Côte d'Ivoire et qui présente les résultats d'études portant sur les obstacles liés aux droits humains dans l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose et sur la mise en œuvre d'une réponse programmatique complète visant à y remédier. Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux du Fonds mondial.

REMERCIEMENTS

Concernant le travail de recherche et la rédaction du document, le Fonds mondial tient à remercier APMG Health (auteurs : Nadia Peerun, Kina Diop, Dave Burrows et Lou McCallum ; équipe de pays : Hervé Agbo, Stanislas Houndji, M'boukebiè M'Bouke, Julien Kassi, Dieudonné Kouadio, Albertine Kouakou, Claudine Gauly et Abou Dramane Traore), ainsi que les partenaires dans le pays, les partenaires techniques et les nombreuses autres personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport.

LISTE DES ACRONYMES

AFJCI	Association des femmes juristes de Côte d'Ivoire
TAR	Traitement antirétroviral
ARV	(Médicament) antirétroviral
ASC	Agents de santé communautaires
CCC	Communication visant un changement des comportements
ICC	Instances consultatives communautaires
CAT	Centre antituberculeux
OC	Organisation communautaire
ICN	Instance de coordination nationale
CD4	Classe de différenciation 4
CDT	Centre de diagnostic et traitement
CNDHCI	Commission nationale des droits de l'homme de Côte d'Ivoire
COLTMER	Collectif des ONG de lutte contre la tuberculose et les autres maladies respiratoires
RSC	Renforcement des systèmes communautaires
CT	Centre de traitement
EDS	Enquête démographique et sanitaire
TSf	Travailleuse du sexe
VFG	Violence fondée sur le genre
SI VFG	Système d'information sur les violences fondées sur le genre
HAI CI	Heartland Alliance International – Côte d'Ivoire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
CDV	Conseil et dépistage du VIH
IBBS	Enquête bio-comportementale intégrée
TPI	Traitement préventif intermittent
PII	Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
AEJ	Analyse de l'environnement juridique
LGBT	(Personnes) lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres
LIDHO	Ligue ivoirienne des droits de l'homme
LILO	Look In Look Out Connect
PPDV	Patients perdus de vue
MACA	Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan
TB-MR	Tuberculose multirésistante
MdS	Ministère de la Santé
HSH	Hommes qui des rapports sexuels avec des hommes
TME	Transmission mère-enfant

ONG	Organisation non gouvernementale
PEAS	Programme d'échange d'aiguilles et de seringues
OCAL	Organisation du Corridor Abidjan Lagos
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
PARECO	Programme de réduction des méfaits mis en œuvre dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau et Sénégal
PEPFAR	Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida
SSP	Soins de santé primaires
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
PVTB	Personnes vivant avec la tuberculose
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PNLP	Programme national de la lutte contre le paludisme
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNLT	Programme national de la lutte contre la tuberculose
RP	Réциpiendaire principal
PSNLS	Plan stratégique national de lutte contre les IST et le sida
CDI	Consommateurs de drogues injectables
CD	Consommateurs de drogues
RIP+	Réseau ivoirien des organisations de personnes vivant avec le VIH/sida
ROLPCI	Réseau des ONG de lutte contre le paludisme
ROPCCI	<i>Réseau des organisations de populations clés</i>
PON	Procédure opérationnelle normalisée
SR	Sous-réциpiendaire
IST	Infection sexuellement transmissible
TS	Travailleurs et travailleuses du sexe
TB	Tuberculose
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
CV	Charge virale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
TB-UR	Tuberculose ultrarésistante

TABLE DES MATIERES

Liste des acronymes	iii
Conclusions de l'évaluation de référence concernant le VIH.....	viii
Chiffrage du programme pour le VIH.....	xiv
Conclusions de l'évaluation de référence concernant la tuberculose	xv
Chiffrage du programme pour la tuberculose	xxii
1. Introduction	1
Aperçu de l'initiative d'évaluation de référence du Fonds mondial.....	1
Contexte et bien-fondé d'une évaluation de référence en Côte d'Ivoire	1
2. Méthodes	2
Cadre conceptuel.....	2
Étapes du processus d'évaluation	2
Méthode d'estimation des coûts	4
3. Résultats de référence : VIH	6
Aperçu du contexte épidémiologique et des populations ciblées.....	6
Vue d'ensemble du contexte juridique, politique et stratégique concernant le VIH et les droits humains	8
Obstacles liés aux droits humains, qui entravent l'accès et le recours aux services anti-VIH et nuisent au maintien des patients dans le système de soins	11
Obstacles liés à la stigmatisation et à la discrimination.....	11
Obstacles liés au respect des droits humains dans le système de santé	12
Obstacles liés aux connaissances, aux attitudes et aux pratiques des législateurs et des agents des forces de l'ordre.....	12
Obstacles liés à l'éducation juridique dans les populations clés et vulnérables	13
Obstacles liés à la disponibilité et à l'accessibilité des services juridiques associés au VIH	14
Obstacles liés à la législation, aux politiques et à la loi sur le VIH	14
Obstacles liés aux normes de genre et aux vulnérabilités associées au genre en matière de VIH	16
Interventions existantes, lacunes et insuffisances actuelles et démarche globale suggérée	17
DP n° 1 : Programmes visant à réduire le rejet social et la discrimination à l'égard des populations clés et vulnérables	18
DP n° 2 : Programmes de formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale liée au VIH	24
DP n° 3 : Programmes de sensibilisation des législateurs et des forces de l'ordre	25
DP n° 4 : Programmes d'éducation juridique (« connaître ses droits »)	27
DP n° 5 : Services juridiques associés au VIH.....	34

DP n° 6 : Programmes pour le contrôle et la réforme des lois, règlements et politiques liés au VIH	37
DP n° 7 : Programmes de réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH	39
Calcul des coûts et budget.....	41
3. Résultats de référence : tuberculose	42
Vue d'ensemble du contexte épidémiologique et des populations cibles concernant la tuberculose et les droits humains	42
Vue d'ensemble du contexte juridique, politique et stratégique concernant la tuberculose et les droits humains	44
Obstacles liés aux droits humains, qui entravent l'accès et le recours aux services antituberculeux et nuisent au maintien des patients dans le système de soins	45
Obstacles liés à la stigmatisation et à la discrimination.....	45
Les obstacles liés aux inégalités de genre et les obstacles propres aux adolescentes et aux jeunes femmes.....	46
Les obstacles liés à l'éducation juridique, aux services juridiques et au fonctionnement du système judiciaire.....	47
Obstacles liés au respect des droits humains au sein du système de soins de santé.....	47
Possibilités pour remédier aux obstacles liés aux droits qui entravent l'accès aux services antituberculeux – passer des programmes existants à des programmes complets	48
DP n° 1 : Diminuer le rejet social et la discrimination.....	49
DP n° 2 : Former les professionnels de santé en matière de droits humains et d'éthique en lien avec la tuberculose	51
DP n° 3 : Sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces de l'ordre.....	51
DP n° 4 : Connaître ses droits en lien avec la tuberculose.....	52
DP n° 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose.....	54
DP n° 6 : Surveiller et réformer les politiques, les règlements et les lois entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	54
DP n° 7 : Diminuer les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	55
DP n° 8 : Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires.....	55
DP n° 9 : Assurer le respect de la vie privée et de la confidentialité.....	56
DP n° 10 : Programmes dans les prisons et autres lieux de détention	56
Calcul des coûts et budget.....	57
Limites du chiffrage	58
4. Étapes suivantes.....	59

RESUME

Introduction

Depuis l'adoption de sa stratégie pour la période 2017-2022 intitulée « Investir pour mettre fin aux épidémies », le Fonds mondial s'est joint aux efforts de parties prenantes nationales, de partenaires techniques et d'autres donateurs en vue d'accroître les investissements dans les programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent les ripostes nationales au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Le Fonds mondial a en effet conscience que ces programmes sont essentiels pour renforcer l'efficacité de ses subventions. Ils favorisent le recours aux services de santé et le maintien dans le système de soins, et permettent de s'assurer que ces services atteignent les populations les plus touchées par les trois maladies.

Ce résumé expose les résultats de l'évaluation de référence menée en Côte d'Ivoire dans le cadre de la concrétisation de l'objectif stratégique n° 3 de la stratégie du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui engage ce dernier à « *mettre en place puis intensifier des programmes visant à éliminer les obstacles en rapport avec les droits humains, qui empêchent d'accéder aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme*¹ ».

Bien que le Fonds mondial apporte son soutien à tous les pays bénéficiaires pour déployer à grande échelle des programmes visant à réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services, il aide de manière plus intensive 20 pays à mettre en place des programmes complets dans ce but². Sur la base de plusieurs critères – besoins, possibilités, capacités et partenariats dans le pays –, la Côte d'Ivoire et dix-neuf autres pays ont été sélectionnés pour bénéficier d'une aide intensive.

Cette évaluation de référence est le premier volet de l'aide que va recevoir la Côte d'Ivoire. Elle vise à fournir au pays les données et l'analyse nécessaires pour définir des programmes complets en vue d'éliminer les obstacles qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose, puis présenter une demande pour en bénéficier et enfin les mettre en œuvre. À cet effet, l'évaluation de référence : a) dresse un état des lieux de la situation actuelle en Côte d'Ivoire en ce qui concerne, d'une part, les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose, et d'autre part, les programmes existants pour éliminer ces obstacles ; b) décrit et chiffre des programmes complets visant à réduire ces obstacles ; c) formule des propositions concernant les étapes à venir dans la mise en place de programmes complets.

Durant les mois de novembre et décembre 2017, des données ont été collectées par le biais d'un examen documentaire et de recherches menées dans le pays – 15 groupes de discussion et 24 entretiens, soit un total de 182 informateurs clés – dans les régions suivantes du pays : Abidjan, Agboville, Grand-Bassam, Gagnoa et Jacqueville. Une étude plus approfondie a été réalisée en janvier-février 2018 pour déterminer les coûts historiques et les coûts prévisionnels de programmes en rapport avec les droits.

Les paragraphes suivants résument les conclusions de l'évaluation de référence effectuée en Côte d'Ivoire en ce qui concerne les populations qui subissent les obstacles liés aux droits humains, la nature de ces obstacles et les programmes mis en place pour remédier au problème. Les conclusions relatives au VIH et à la tuberculose sont présentées séparément.

¹ Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017-2022 : investir pour mettre fin aux épidémies. GF/B35/02

² *Ibid.*, indicateur clé de résultat n° 9.

Conclusions de l'évaluation de référence concernant le VIH

Populations clés et vulnérables

En Côte d'Ivoire, les populations clés définies dans le Plan stratégique national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le sida (PSNLS) 2016-2020 – c'est-à-dire les populations pour lesquelles le risque de contracter une maladie liée au VIH, d'avoir un accès limité aux services anti-VIH et de voir leurs droits bafoués de manière systématique est le plus élevé – sont les travailleuses du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues et les détenus. Les autres groupes vulnérables recensés sont les migrants, les chauffeurs routiers, les personnels en uniforme et les clients des travailleuses du sexe³.

Obstacles entravant l'accès aux services de lutte contre le VIH

Les principaux obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH pour les populations clés et vulnérables sont les suivants :

- Attitudes stigmatisantes et pratiques discriminatoires envers les PVVIH et les populations clés. Celles-ci subissent cette stigmatisation et ces discriminations au sein des familles, à l'école, dans le milieu médical, dans le cadre d'une pratique religieuse et de la part de leurs amis, de leur entourage, de chefs religieux, des forces de police et de professionnels de santé. La stigmatisation et les discriminations se fondent sur un jugement moral quant à l'activité économique de ces personnes (commerce du sexe), leur orientation sexuelle ou certaines pratiques illégales (consommation de drogue), ainsi que sur des perceptions négatives liées à l'infection par le VIH.
- Les connaissances insuffisantes du personnel du secteur de la santé dans les domaines des droits humains et de l'éthique médicale liés au VIH engendrent des comportements stigmatisants dans les établissements de santé – attitudes peu accueillantes, patients négligés, différences dans la qualité du traitement selon le statut sérologique, refus de soins et violation du secret médical.
- Les agents des forces de l'ordre ne sont généralement pas formés sur les droits des populations clés et les questions en rapport avec le VIH/sida. On signale de nombreux faits de harcèlement, d'arrestation, d'extorsion voire d'agression physique ou sexuelle commis par des agents des forces de l'ordre contre des personnes soupçonnées de commerce du sexe, de consommation de drogues ou d'homosexualité. Très souvent, ces actes sont perpétrés maintes et maintes fois en toute impunité.
- En raison d'une culture juridique insuffisante, les populations clés ne disposent pas des connaissances et des outils nécessaires pour défendre leurs droits. Le rapport sur l'indice de stigmatisation en Côte d'Ivoire indique que 82,6 % des PVVIH ne connaissent pas la loi sur le VIH du 14 juillet 2014⁴.
- Même lorsque des PVVIH ou d'autres populations clés ont connaissance de leurs droits, leur accès à la justice est limité et leurs chances d'obtenir réparation pour des préjudices en rapport avec le VIH sont maigres⁵. Même s'il est ressorti d'entretiens avec les informateurs clés d'ONG que ces organisations travaillent activement à conseiller et à représenter

³Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de la République de Côte d'Ivoire (2016). *Plan stratégique national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le sida 2016-2020*.

⁴Étude nationale de l'indice de stigmatisation et de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire, 2016.

⁵Note d'orientation de l'ONUSIDA, 2012. Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH.

juridiquement les PVVIH et d'autres populations clés, des études montrent qu'une part importante de ces populations n'a jamais eu recours à la justice en cas de violation de leurs droits, principalement par manque de moyens financiers, ou parce qu'elles se sentaient intimidées, ne voulaient pas « s'exposer » et avaient des craintes quant à l'issue de la procédure⁶.

- Parmi les lois et les politiques problématiques figurent : les articles de la loi de 2014 relative au VIH, qui précisent que la transmission du virus peut faire l'objet de poursuites pénales, que la divulgation du statut sérologique d'une personne à un tiers est autorisée dans certaines circonstances non médicales, et que le dépistage des mineurs nécessite un consentement parental ; la législation actuelle sur les stupéfiants, dont le caractère répressif empêche de bénéficier de traitements de substitution aux opiacés, de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et d'autres programmes de réduction des méfaits ; les infractions pénales liées au commerce du sexe ; les lois qui empêchent les femmes transgenres de vivre selon leur identité ; l'absence de l'ensemble complet de mesures mis au point par l'ONUSIDA pour lutter contre le VIH en milieu carcéral.
- Les inégalités de genre sont un autre obstacle important qui limite la capacité à consulter, en particulier pour les femmes et les filles. En effet, les Ivoiriennes continuent à être victimes d'inégalités et de violences fondées sur le genre, bien que celles-ci soient interdites par la législation en vigueur. Des attitudes, croyances et pratiques traditionnelles limitent la possibilité pour les femmes et les filles d'accéder aux services anti-VIH puis de rester dans le système de soins, ce qui accroît la vulnérabilité de cette population face à l'infection.

Possibilités pour remédier aux obstacles liés aux droits qui entravent l'accès aux services anti-VIH – passer des programmes existants à des programmes complets

Cette section résume les programmes existants ou récents qui ont été mis en œuvre en Côte d'Ivoire pour éliminer les obstacles liés aux droits humains entravant l'accès aux services. Elle synthétise également des propositions d'éléments constituant un programme complet basé sur les sept domaines programmatiques exposés dans la *Note d'information technique – VIH, droits humains et égalité de genre* du Fonds mondial⁷.

Les sept domaines programmatiques sont les suivants :

DP n° 1 : Programmes visant à réduire le rejet social et la discrimination liés au VIH

DP n° 2 : Programmes de formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale liée au VIH

DP n° 3 : Programmes de sensibilisation des législateurs et des forces de l'ordre

DP n° 4 : Programmes d'éducation juridique (« connaître ses droits »)

DP n° 5 : Programmes pour la fourniture de services juridiques liés au VIH

DP n° 6 : Programmes pour le contrôle et la réforme des lois, règlements et politiques liés au VIH

DP n° 7 : Programmes de réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH

DP n° 1 : Programmes visant à réduire le rejet social et la discrimination à l'égard des populations clés et vulnérables

Programmes existants : Les programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés et vulnérables s'appuient principalement sur l'outil

⁶Rapport sur l'indice de stigmatisation, Côte d'Ivoire, 2016.

⁷ VIH, droits humains et égalité de genre – Note d'information technique, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (avril 2017).

« Look In Look Out Connect » (LILO) élaboré par l'Alliance internationale contre le VIH/sida. La mise en œuvre du programme LILO a débuté en 2015 en Côte d'Ivoire dans le but de modifier la perception négative des personnes LGBT, du commerce du sexe et de la consommation de drogues dans la population. Les interventions du programmes LILO ciblent : les populations clés afin de réduire la stigmatisation dont souffrent ces populations et que celles-ci finissent elles-mêmes par interioriser ; les professionnels de santé ; les forces de police ; les médias ; les membres du Parlement ; les juristes ; les chefs religieux ; les institutions (organismes publics et ONG) qui travaillent avec les populations clés.

En 2016, *Alliance CI* a réalisé la première étude de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH dans le pays, dont les résultats ont été utilisés pour élaborer des stratégies visant à faire reculer la stigmatisation et les discriminations subies par ces personnes. Une fois les résultats de l'étude connus, une vaste campagne médiatique a été lancée en décembre 2017 sur ce thème.

Un travail est en outre mené au niveau des communautés par des ONG de personnes LGBT, de travailleuses et travailleurs du sexe et de consommateurs de drogues, qui gèrent des programmes d'éducation par des pairs et des groupes d'entraide, dont l'objectif est de renforcer les connaissances des individus ainsi que leur capacité à surmonter l'auto-stigmatisation et à faire face à la stigmatisation et à la discrimination. Les programmes d'éducation par des pairs regroupent environ 350 éducateurs (HSH, TS et CD ; il s'agit d'une estimation pour le pays entier) et couvrent toutes les régions sanitaires de Côte d'Ivoire, avec une concentration particulière autour des zones à forte prévalence.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Dans une première phase, les 35 districts sanitaires suivants seraient concernés par un programme complet : Séguéla, Korhogo, Ferkessedougou, Toulépleu, Odienné, Bangolo, Biankouma, Dadané, Agboville, Adzopé, Alépé, Adiaké, Grand-Bassam, Aboisso, Boundiali, Tengrela, Divo, San Pedro, Gagnoa, Yamoussoukro et les 12 districts sanitaires de la région d'Abidjan, ainsi que les 3 districts sanitaires de Bouaké. Au bout de cinq ans, au moins 60 des 79 districts sanitaires du pays devraient être couverts par le programme, en ciblant les institutions et les parties concernées par le problème de la stigmatisation et de la discrimination envers les populations clés.

Les activités suivantes sont recommandées :

- Redéfinir le programme de sensibilisation et de formation LILO et l'étendre à 60 districts sanitaires ;
- Renforcer la formation des éducateurs pour les pairs et l'étendre à 60 districts sanitaires ;
- Dans chaque district sanitaire couvert par le programme LILO, mettre en place une instance consultative communautaire pour les principaux prestataires de services dans le domaine du VIH, qui se réunira une fois par trimestre ;
- Former des représentants des populations clés au rôle de membre d'une instance consultative communautaire et de porte-parole ;
- Poursuivre les recherches relatives à l'indice de stigmatisation.

DP n° 2 : Programmes de formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale liée au VIH

Programmes existants : La formation des professionnels de santé est basée sur l'approche LILO, dont le seul objectif est de faire reculer la stigmatisation et la discrimination envers les populations clés. Par conséquent, les autres éléments portant sur les droits humains et l'éthique ne sont pas traités de manière approfondie. Les formateurs formés par *Alliance CI* ont organisé

des sessions LILO spécifiquement destinées au personnel des centres médicaux spécialisés, et ont formé au moins trois référents dans les hôpitaux publics vers lesquels les ONG orientent des patients.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Des modules spécifiques sur les droits humains et l'éthique en rapport avec le VIH doivent être mis au point et intégrés dans la formation des médecins et du personnel infirmier, dans les deux facultés de médecine et les trois instituts de formation en soins infirmiers du pays. Ces programmes d'enseignement devraient inclure des contenus pertinents sur les mêmes sujets s'agissant de la tuberculose.

Lorsque la formation LILO s'adresse à des professionnels de santé, le contenu doit être adapté et inclure les thèmes suivants : la violence fondée sur le genre et la prise en charge clinique des victimes de viol et de violence ; le rôle du médecin dans la promotion de la santé sexuelle, de la santé mentale et de la réduction des méfaits liés à la drogue ; les lois et politiques protectrices ou qui entravent l'accès aux soins.

Ce domaine programmatique concernerait également les 35 districts sanitaires de la première phase avant d'être étendu à 60 districts sanitaires sur cinq ans.

DP n° 3 : Programmes de sensibilisation des législateurs et des forces de l'ordre

Programmes existants : Un Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida est opérationnel dans les régions de Bouaké et d'Abidjan. Le projet comprenait la sensibilisation des agents des forces de l'ordre, la mise en place d'une personne référente pour les populations clés dans les postes de police afin de faciliter l'accès de ces populations aux services de police en cas d'atteinte à leurs droits fondamentaux, et la création d'un vivier d'avocats pouvant offrir une aide juridique aux membres des populations clés victimes de violations des droits humains.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Les activités suivantes sont recommandées afin de renforcer encore davantage les programmes de sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre aux questions relatives aux droits humains :

- Mettre en œuvre les recommandations formulées à l'issue de l'évaluation de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida, à savoir : augmenter les budgets alloués à la rémunération des éducateurs pour les pairs et aux indemnités de communication ; accroître la visibilité du projet ; proposer des formations de remise à niveau aux éducateurs et renforcer leurs connaissances des droits humains ; séparer les activités de documentation des activités de sensibilisation et de formation ; revoir les outils de signalement des violations des droits humains ;
- Réexaminer les activités de formation et de sensibilisation effectuées dans le cadre de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida afin d'y intégrer un mécanisme d'évaluation formel ;
- Étendre les activités de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida aux 60 districts sanitaires ;
- Demander instamment l'intégration de thèmes portant sur les droits humains et les populations clés dans la formation des forces de police ;
- Formation et sensibilisation du personnel de l'école de police, du personnel pénitentiaire, des membres de la sous-commission « droits civils » de la Commission nationale des droits de l'homme de Côte d'Ivoire (CNDHCI) et les membres du Parlement ;
- Étendre le projet visant à mettre en place une personne référente pour les populations clés dans les postes de police aux 60 districts sanitaires ;

- Entreprendre une évaluation de la qualité et de l'accessibilité des services de lutte contre le VIH et la tuberculose en milieu carcéral, et travailler avec le personnel médical pénitentiaire et d'autres personnels concernés au suivi, à l'accompagnement et à la promotion de possibles mesures visant à garantir le droit des détenus à la santé.

DP n° 4 : Programmes d'éducation juridique (« connaître ses droits »)

Programmes existants : Les programmes destinés à promouvoir l'éducation juridique sont principalement des programmes d'éducation par les pairs mis en œuvre dans tout le pays. Les éducateurs – hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, travailleurs et travailleuses du sexe, consommateurs de drogues et PVVIH – sont chargés : d'informer les populations clés sur leurs droits dans le cadre de la prévention habituelle du VIH ; de mener des activités d'orientation ; d'organiser des débats de sensibilisation aux violences fondées sur le genre ; de mener des interventions portant sur la santé positive, la dignité et la prévention, en tête-à-tête ou en groupe.

En 2015–2016, un guide sur les droits et les responsabilités des populations clés et des PVVIH a été élaboré. Ce guide traite, d'une part, des responsabilités des personnes concernées, et d'autre part, de leurs droits dans plusieurs domaines – santé, vie familiale, éducation, assurance, travail, voyages – ainsi que des mécanismes juridiques à disposition en cas de violation de ces droits.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Le principal programme visant à promouvoir l'éducation juridique s'appuie sur des éducateurs pour les pairs, mais des parties prenantes interrogées concèdent que la mise en œuvre de cet élément n'est ni systématique, ni normalisée. Les programmes « Connaître ses droits » se concentrent principalement sur la législation relative au VIH et devraient être étendus aux droits des populations clés (notamment en ce qui concerne la santé et la violence fondée sur le genre), avec des supports de communication appropriés et un système permettant d'évaluer l'impact des interventions.

Étant donné que les populations clés rencontrent de nombreux problèmes liés à leurs droits avec les agents des forces de l'ordre, il serait pertinent de mettre en place un programme d'éducation par des pairs pour remédier à cette situation particulière. Les activités suivantes sont recommandées pour promouvoir davantage l'éducation juridique :

- Renforcer la capacité des 500 éducateurs pour les pairs et des autres acteurs communautaires concernés du programme santé positive, dignité et prévention destiné aux PVVIH à dispenser une éducation juridique ;
- Évaluer l'impact de l'éducation par des pairs sur la stigmatisation et la discrimination, l'éducation juridique, les droits humains et le droit à la santé dans les populations clés ;
- Élaborer des supports de communication pour promouvoir l'éducation juridique ;
- Mettre en place un programme de formation des éducateurs pour que ceux-ci puissent apprendre aux TS et aux HSH détenus par la police à faire valoir leurs droits.

DP n° 5 : Services juridiques liés au VIH

Programmes existants : Diverses institutions offrent des conseils juridiques aux populations clés dans le cadre de séances de sensibilisation. Les séances de groupe portent soit sur le VIH et les droits des PVVIH, soit sur un autre sujet lié aux droits humains comme la violence fondée sur le genre. Elles sont suivies par des entrevues en tête-à-tête au cours desquelles les participants

peuvent bénéficier en toute confidentialité de conseils juridiques et se faire orienter vers des services compétents.

Depuis la mi-2017, l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida est devenu l'une des plates-formes de services juridiques en rapport avec le VIH pour les populations clés et documente les cas de violations des droits humains. Toutes les victimes d'atteintes aux droits humains bénéficient de conseils juridiques, d'une représentation en justice si elles le souhaitent, et d'un soutien médical. L'observatoire mène également des activités de médiation dans les communautés si nécessaire. Cependant, rares sont les personnes qui lancent des recours en justice ; seules trois affaires sont actuellement portées devant les tribunaux avec le soutien d'avocats.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Pour renforcer davantage les services juridiques liés au VIH, les activités suivantes, en rapport avec l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida, sont recommandées :

- Étendre les activités de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida aux 60 districts sanitaires ;
- Veiller à ce que les victimes de violence nécessitant un traitement aient accès à une clinique spécialisée dirigée par une ONG et/ou à un centre de santé public partenaire ;
- Diversifier les moyens permettant de soumettre un cas de violation (p. ex. via des applications mobiles, par l'intermédiaire des ONG de populations clés, en passant par le numéro national gratuit dédié au VIH) ;
- Élaborer une stratégie et une campagne de communication solides pour diffuser les informations concernant l'observatoire ;
- Renforcer les liens entre l'observatoire, le vivier d'avocats formés qui le soutiennent dans ses activités, et toutes les ONG qui travaillent avec les populations clés.

DP n° 6 : Programmes pour le contrôle et la réforme des lois, règlements et politiques liés au VIH

Programmes existants : Une analyse de l'environnement juridique (AEJ) autour du VIH en Côte d'Ivoire est sur le point d'être finalisée. L'étude a évalué le cadre juridique et politique de la Côte d'Ivoire au regard des droits humains, le niveau de connaissance de ces droits au sein des populations clés et l'accès de ces populations aux tribunaux, ainsi que l'impact de l'environnement juridique sur l'accès aux services et sur la promotion et la protection des droits des populations clés. Les résultats de cette étude permettront de fonder les activités de plaidoyer sur des données probantes.

Diverses ONG ont diffusé des informations sur la loi relative au VIH de 2014 dans le cadre de séances de sensibilisation, mais ces activités sont irrégulières faute d'un financement stable.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Il y a clairement un manque de capacité à mener un plaidoyer pour une réforme de la législation en ce qui concerne les aspects suivants :

- Les articles de la loi de 2014 relative au VIH, qui précisent que la transmission du virus peut faire l'objet de poursuites pénales, que la divulgation du statut sérologique d'une personne à un tiers est autorisée dans certaines circonstances non médicales, et que le dépistage des mineurs nécessite un consentement parental ;
- Le caractère répressif de la législation actuelle sur les stupéfiants, qui empêche de bénéficier de traitements de substitution aux opiacés, de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et d'autres programmes de réduction des méfaits ;

- Les infractions pénales liées au commerce du sexe ;
- Les lois qui empêchent les femmes transgenres de vivre selon leur identité ;
- La mise en œuvre de l'ensemble complet de mesures mis au point par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) pour lutter contre le VIH en milieu carcéral.

Par conséquent, les activités suivantes sont recommandées pour contrôler et réformer efficacement les lois et politiques problématiques :

- En s'appuyant sur le Réseau des organisations de populations clés (ROPCCI), former 15 personnes issues d'ONG aux activités de plaidoyer et de lobbying stratégiques et élaborer un plan d'action à long terme ;
- Aider 15 ONG et le ROPCCI à mener des actions de plaidoyer permanentes en faveur de réformes juridiques et politiques.

DP n° 7 : Programmes de réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH

Programmes existants : Le Ministère de la Femme, de la Protection de l'enfant et de la Solidarité dispose d'un réseau de 43 comités de coordination à travers le pays. Ces comités sont chargés de gérer toutes les initiatives de lutte contre la violence fondée sur le genre au niveau régional. Le ministère envisage d'élargir ce réseau en passant à 130 comités de coordination afin de couvrir le pays de manière homogène. Les victimes de violences fondées sur le genre sont orientées vers des services de traitement et d'appui médico-social adaptés, et bénéficient si nécessaire de conseils juridiques et d'une représentation en justice. Des campagnes de lutte contre ces violences ont également été menées dans le pays.

Toutefois, ces initiatives ne visent pas spécifiquement à faire reculer les discriminations qui empêchent des femmes d'accéder aux services anti-VIH, et leur efficacité n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation. Le Fonds mondial a cessé de financer ces activités dans la mesure où il s'agissait principalement de cas de violence domestique sans rapport direct avec le VIH. Les activités de lutte contre les VFG se concentrent désormais sur les populations clés.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Les activités suivantes sont recommandées pour faire reculer la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH :

- Des activités de plaidoyer devraient être menées pour faire en sorte que tous les programmes portant sur la problématique du genre intègrent les populations clés. Cela comprend des activités de sensibilisation LILO et de plaidoyer à haut niveau avec les 130 comités de coordination chargés des violences fondées sur le genre mis en place par le ministère de la Femme, de la Protection de l'enfant et de la Solidarité.
- Comme il n'existe aucun programme spécialement destiné aux adolescents qui se livrent au commerce du sexe, une formation du personnel des institutions qui dispensent des services est nécessaire afin de pouvoir repérer et signaler les personnes concernées, et proposer à celles-ci un ensemble adapté de services en rapport avec le VIH, ainsi qu'une médiation familiale et un soutien psychosocial.

Chiffrage du programme pour le VIH

Le tableau ci-dessous indique les investissements réalisés en 2016 avec différentes sources de financement pour lutter contre les obstacles liés aux droits humains :

Domaine programmatique (VIH)	2016 (USD)
DP n° 1 : Réduction du rejet social et de la discrimination liés au VIH	56 387
DP n° 2 : Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale liée au VIH	12 115
DP n° 3 : Sensibilisation des législateurs et des forces de l'ordre	20 459
DP n° 4 : Éducation juridique (« connaître ses droits »)	261 507
DP n° 5 : Services juridiques liés au VIH	95 324
DP n° 6 : Contrôle et réforme des lois, règlements et politiques liés au VIH	0⁸
DP n° 7 : Réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH	34 877
Total	480 669

Le chiffrage du programme complet sur cinq ans est indiqué dans le tableau ci-dessous.

Domaine programmatique (VIH)	Total (USD)
DP n° 1 : Réduction du rejet social et de la discrimination liés au VIH	3 756 591
DP n° 2 : Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale liée au VIH	49 329
DP n° 3 : Sensibilisation des législateurs et des forces de l'ordre	331 764
DP n° 4 : Éducation juridique (« connaître ses droits »)	1 675 268
DP n° 5 : Services juridiques liés au VIH	2 496 296
DP n° 6 : Contrôle et réforme des lois, règlements et politiques liés au VIH	3 395 967
DP n° 7 : Réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH	573 357
Total	12 278 572

Conclusions de l'évaluation de référence concernant la tuberculose

Populations clés et vulnérables

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les principaux groupes de population touchés par la tuberculose sont : 1) les personnes pour lesquelles le risque de contracter la maladie est renforcé par la présence d'autres maladies, p. ex. les PVVIH ; 2) les personnes vulnérables du fait de leur situation sociale, de leurs comportements ou d'un environnement de travail insalubre, p. ex. les détenus, les migrants, les réfugiés et les travailleurs et travailleuses du sexe ; 3) les personnes mal prises en charge du fait de la stigmatisation ou de la discrimination dont elles font l'objet ou à cause d'autres obstacles qui les empêchent d'accéder aux soins, p. ex. les

⁸Concernant le DP n° 6, il se peut que le chiffre réel soit différent de zéro, mais aucun élément n'a été trouvé montrant que des sommes avaient été dépensées pour ce domaine programmatique.

consommateurs de drogues et les sans-abri⁹. En Côte d'Ivoire, les groupes considérés comme des populations clés sont les PVVIH, les personnes diabétiques, les mineurs, les détenus, les consommateurs de drogues et les personnes vivant dans des conditions précaires.

Obstacles entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Les principaux obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose pour les populations clés et vulnérables sont les suivants :

- La stigmatisation et la discrimination associées à la tuberculose, qui est souvent considérée comme une « maladie honteuse » par la population. Largement répandues, la stigmatisation et la discrimination sont vécues tant au sein des familles que dans la société, et sont le fait de membres de la famille, d'amis, de chefs religieux, d'agents des forces de police et de professionnels de santé. Elles sont principalement liées à la peur de l'infection et à l'association négative qui est faite avec l'infection à VIH, à savoir, que la tuberculose est une « sale maladie ». La maladie est également associée à un comportement immoral présumé, à l'incurabilité et à la mort ainsi qu'à la pauvreté et à l'incarcération.
- Bien que la prévalence et l'incidence de la tuberculose soient plus élevées chez les hommes que chez les femmes, les conséquences de la maladie sont plus graves pour ces dernières, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes. Parmi les facteurs qui empêchent les femmes et les filles d'accéder et de recourir durablement aux services antituberculeux, on citera des attitudes, croyances et pratiques traditionnelles discriminatoires, les inégalités de pouvoir économique au sein des ménages, la violence fondée sur le genre et le caractère indifférencié des prestations de services selon le genre.
- Le faible niveau d'éducation juridique, le manque d'informations sur la marche à suivre pour demander réparation en cas de violations des droits humains, la surpopulation carcérale, les arrestations arbitraires et les mauvais traitements infligés aux populations clés – travailleurs et travailleuses du sexe et consommateurs de drogues notamment – sont autant d'obstacles majeurs qui empêchent de recourir aux services antituberculeux en Côte d'Ivoire.
- Les connaissances insuffisantes des personnels de santé concernant les droits humains et l'éthique médicale en lien avec la tuberculose posent des problèmes dans le système de santé : attitudes peu accueillantes, personnel infirmier refusant de soigner des patients tuberculeux par crainte d'être infecté ou patients renvoyés parce que jugés sales. Les personnes coïnfectées par le VIH et la tuberculose sont également victimes d'attitudes et de pratiques discriminatoires et stigmatisantes de la part de prestataires de santé. Ces comportements vont, entre autres, d'attitudes peu accueillantes, d'un désintérêt pour les patients, de différences dans la qualité du traitement selon le statut sérologique vis-à-vis du VIH, jusqu'au refus de soins et la violation du secret médical.
- Selon un sentiment largement répandu, les traitements antituberculeux ne sont pas gratuits : la confusion vient du fait que la gratuité des traitements mise en place récemment n'est pas toujours appliquée. Cette confusion autour de la gratuité ou non de certains traitements et tests de dépistage permet à certains personnels de santé d'extorquer de l'argent à des patients pour un dépistage ou d'orienter les patients en échec thérapeutique vers des cliniques dans lesquelles les injections d'antibiotiques ne sont pas gratuites.

⁹Engaging Key Vulnerable Populations in Designing, Planning and Implementing TB Community Activities. (2014). [document numérique] Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/tb/tbteam/keypop.pdf> [date de consultation : 23 février 2017].

Possibilités pour remédier aux obstacles liés aux droits qui entravent l'accès aux services antituberculeux – passer des programmes existants à des programmes complets

Cette section résume les programmes existants ou récents qui ont été mis en œuvre en Côte d'Ivoire pour éliminer les obstacles liés aux droits humains entravant l'accès aux services. Elle synthétise également des propositions d'éléments constituant un programme complet basé sur les dix domaines programmatiques exposés dans la note d'information *Tuberculose, genre et droits humains* du Fonds mondial¹⁰.

Les dix domaines programmatiques sont les suivants :

DP n° 1 : Diminuer le rejet social et la discrimination

DP n° 2 : Former les professionnels de santé en matière de droits humains et d'éthique en lien avec la tuberculose

DP n° 3 : Sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces de l'ordre

DP n° 4 : Connaître ses droits en lien avec la tuberculose

DP n° 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose

DP n° 6 : Surveiller et réformer les politiques, les règlements et les lois entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose, y compris l'isolement sous la contrainte pour traitement hors situation exceptionnelle

DP n° 7 : Diminuer les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

DP n° 8 : Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires

DP n° 9 : Assurer le respect de la vie privée et de la confidentialité

DP n° 10 : Programmes dans les prisons et autres lieux de détention

DP n° 1 : Diminuer le rejet social et la discrimination

Programmes existants : Les programmes visant à faire reculer le rejet social et les discriminations liés à la tuberculose sont principalement associés à des programmes d'éducation au VIH assurée par des pairs. En général, la composante TB est plus détaillée lorsque les programmes : s'adressent aux consommateurs de drogues – comme dans le cas du projet de réduction des méfaits PARECO mis en œuvre dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau et Sénégal) – afin de réduire les risques d'infection par le VIH et la tuberculose dans cette population ; mènent des activités axées sur le renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires ; abordent les obstacles juridiques ; réalisent des interventions de réduction des méfaits, en intégrant l'aspect tuberculose dans l'ensemble de leur travail.

Le Collectif des ONG de lutte contre la tuberculose et les autres maladies respiratoires (COLTMER) compte 43 ONG membres à travers le pays et travaille en collaboration avec les centres antituberculeux (CAT) et les CDT communautaires, y compris sur les questions de stigmatisation et discrimination. À l'occasion de visites effectuées au domicile de patients dans le cadre d'un suivi médico-social, des conseillers communautaires sensibilisent, d'une part, les patients au problème de l'auto-stigmatisation, et d'autre part, l'entourage immédiat aux questions de stigmatisation et de discrimination. Jusqu'à aujourd'hui cependant, les actions visant à faire

¹⁰ Note d'information technique *Tuberculose, genre et droits humains*, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (avril 2017).

reculer la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes atteintes de tuberculose ont été menées sans véritable plan d'ensemble.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Les activités recommandées pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose sont les suivantes :

- Mener des évaluations nationales régulières pour documenter le type et mesurer le degré de stigmatisation et de discrimination liées à la tuberculose dans les établissements de santé et certaines communautés spécifiques, afin de permettre aux institutions chargées de la mise en œuvre d'élaborer des programmes de manière stratégique ;
- Définir les modalités d'une intégration du travail effectué au niveau communautaire sur la tuberculose dans les programmes de lutte contre le VIH. Cela permettrait de régler le problème des patients tuberculeux qui refusent les visites à domicile par crainte que le voisinage apprenne qu'ils ont la tuberculose.

DP n° 2 : Former les professionnels de santé en matière de droits humains et d'éthique en lien avec la tuberculose

Programmes existants : Les entretiens avec les parties prenantes ont révélé qu'il n'existait aucun programme de formation des prestataires de santé sur les droits humains et l'éthique médicale en lien avec la tuberculose, à l'exception du programme de formation des agents de santé communautaires mis en œuvre par Médecins du Monde.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Des modules spécifiques sur les droits humains et l'éthique (incluant des aspects en rapport avec la tuberculose) doivent être mis au point et intégrés dans la formation des médecins et du personnel infirmier, dans les deux facultés de médecine et les trois instituts de formation en soins infirmiers du pays.

Les interventions LILO seraient redéfinies de manière à traiter le problème de la stigmatisation et de la discrimination liées à la tuberculose. Les formations seraient dispensées dans les 17 CAT dans une première phase et dans 100 CDT lors d'une deuxième phase. Ces interventions s'adresseraient aux mêmes 60 districts sanitaires concernés par le programme complet pour le VIH.

Parallèlement, des conseils consultatifs d'assurance qualité, composés de membres du personnel médical et administratif, ainsi que de représentants des syndicats, des ONG et des populations clés, serviraient de plate-forme pour traiter les problèmes de droits humains et d'éthique médicale amenés à leur connaissance, et pour faire des suggestions quant à la façon d'améliorer la prestation des services destinés aux populations clés. Ces conseils seraient mis en place suite aux formations LILO.

DP n° 3 : Sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces de l'ordre

Programmes existants : Selon les parties prenantes rencontrées, il n'existe aucun programme de sensibilisation des législateurs, fonctionnaires de justice et agents des forces de l'ordre aux obstacles liés aux droits qui entravent l'accès aux services antituberculeux. Les interventions mentionnées dans la section sur le VIH abordent parfois la question de la tuberculose lorsqu'elles portent sur les consommateurs de drogues, mais ces interventions ne sont pas systématiques.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Une approche globale pour sensibiliser les agents des forces de l'ordre à la question des populations clés et aux obstacles liés aux droits qui empêchent ces populations d'accéder aux services antituberculeux devrait commencer par la formation d'organisations qui participent déjà à des interventions similaires pour le VIH, comme la Ligue ivoirienne des droits de l'homme (LIDHO), l'Association des femmes juristes de Côte d'Ivoire (AFJCI) et les ONG ENDA Santé et Alliance CI. En s'assurant que ces organisations ont bien conscience des problèmes propres à la tuberculose, des interventions communes couvrant à la fois le VIH et la tuberculose peuvent être mises au point.

Les recommandations pour sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces de l'ordre sont les suivantes :

- Former le personnel de 10 institutions impliquées dans la sensibilisation des législateurs, fonctionnaires de justice et agents des forces de l'ordre afin d'intégrer la tuberculose dans les interventions portant sur le VIH ;
- Demander instamment l'intégration de thèmes portant sur les droits humains et les populations clés dans la formation des forces de police ;
- Former et sensibiliser 200 élèves de l'école de police, 65 membres du personnel pénitentiaire, 15 membres de la sous-commission « droits civils » de la CNDHCI et 100 membres du Parlement ;
- Étendre les activités de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida, en y intégrant une composante tuberculose, aux 60 districts sanitaires.

DP n° 4 : Éducation juridique (« connaître ses droits »)

Programmes existants : Les entretiens et les groupes de discussion ont fait ressortir un manque d'information sur les droits humains en rapport avec la tuberculose, d'où des interventions de type « Connaître ses droits » relativement pauvres, en particulier lorsqu'elles portent en même temps sur le VIH.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Les modules de formation sur la tuberculose devraient être renforcés au niveau des éducateurs pour les pairs (500 éducateurs) afin de s'assurer que leur niveau de connaissance des droits en rapport avec le VIH et la tuberculose est satisfaisant. Par ailleurs, la création d'un vivier de patients experts dans les 43 ONG membres du COLTMER renforcerait également l'accès des patients tuberculeux à des informations concernant leurs droits.

Le problème récurrent des patients obligés de payer pour certains services normalement gratuits pourrait être résolu en ajoutant au dossier destiné aux patients sous traitement antituberculeux des informations sur les services gratuits et sur le coût des services payants. Des affiches et des brochures mentionnant les services gratuits et le coût des services payants devraient être imprimées et affichées/mises à disposition dans tous les centres de santé et dans les locaux de toutes les ONG.

DP n° 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose

Programmes existants : Les entretiens avec les parties prenantes ont révélé qu'il n'existait aucun programme fournissant des services juridiques en cas de violations des droits humains en lien avec la tuberculose.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Une approche globale concernant des services juridiques pourrait s'appuyer sur les activités existantes de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida et sur d'autres activités mentionnées dans le programme complet pour le VIH. Cela comprend la restructuration de l'observatoire afin d'inclure la tuberculose dans ses services : documentation des violations des droits humains, conseils et aide juridiques, et médiation dans les communautés. L'aide juridique s'adresserait également aux personnes qui perdent leur emploi à cause de la tuberculose ou aux personnes injustement mises à l'isolement pour traitement ; les patients seraient dirigés vers l'inspection du travail.

DP n° 6 : Surveiller et réformer les politiques, les règlements et les lois entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Programmes existants : Les entretiens avec les parties prenantes ont révélé qu'il n'existait aucun programme visant à surveiller et réformer les politiques, les règlements et les lois entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose. Il en est par ailleurs ressorti que ces acteurs n'avaient qu'une connaissance limitée des politiques, règlements et lois susceptibles d'entraver l'accès à ces services.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Les recommandations pour l'élaboration de programmes visant à surveiller et réformer les politiques, les règlements et les lois qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose sont les suivantes :

- Procéder à une évaluation de l'environnement juridique afin de déterminer les facteurs qui empêchent les personnes les plus vulnérables à la tuberculose d'accéder aux services de dépistage, de traitement et de prise en charge ;
- Mener des activités de plaidoyer permanentes basées sur des éléments probants (1 responsable du plaidoyer pour 10 ONG, soit un total de 5 pour le COLTMER) ;
- Renforcer la capacité des 43 ONG membres du COLTMER à mener des activités de plaidoyer et de lobbying stratégiques.

DP n° 7 : Diminuer les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Programmes existants : Les responsables du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) mène actuellement une étude sur le genre et l'équité en matière d'accès aux services antituberculeux en Côte d'Ivoire, mais aucune information relative à cette étude n'est disponible pour l'instant.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Une fois les résultats de l'étude connus, les responsables du PNLT devraient suivre les recommandations formulées visant à réduire les obstacles liés au genre qui entravent l'accès aux services antituberculeux. Des ateliers seraient organisés dans chaque district sanitaire avec les parties prenantes du PNLT pour élaborer des programmes fondés sur ces recommandations. Celles-ci devraient cibler les 18 districts sanitaires fortement touchés : Abobo Est, Abobo Ouest, Anyama, Cocody-Bingerville, Koumassi-Port-Bouët-Vridi, Marcory-Treichville, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Dabou, Yopougon Est,

Yopougon Ouest, Alépé, Tiassalé, Yamoussoukro, Bouaké Nord-Ouest, Dimbokro, Aboisso, Grand-Bassam et Man.

DP n° 8 : Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires

Programmes existants : Les entretiens avec les parties prenantes ont révélé qu'il n'existait aucun programme visant à mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires concernant la tuberculose. Seuls quelques exemples ont été donnés pendant les entretiens, à savoir, l'invitation faite à des patients de venir témoigner lors de la Journée mondiale de la tuberculose et l'incitation des ONG de lutte contre la maladie à intégrer des patients dans leurs conseils d'administration.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Un renforcement des systèmes communautaires est nécessaire afin de pouvoir mettre en place un solide programme de lutte contre la tuberculose à ce niveau, capable de mener des activités d'aide aux patients au sein des communautés. Cela commence par un renforcement des capacités de certains leaders, c'est-à-dire de patients tuberculeux capables de défendre leur cause et de participer à la prise de décisions. À l'heure actuelle, les patients tuberculeux sont principalement représentés par les ONG qui leur viennent en aide. La formation complète de 120 patients issus des populations les plus touchées donnerait à ces personnes les moyens de devenir des porte-parole, grâce à un cursus de formation qui commencerait par un cours préparatoire portant sur les droits humains, le VIH et la tuberculose, la stigmatisation et la discrimination, et d'autres sujets s'y rapportant. Les personnes formées développeraient peu à peu des compétences grâce à des cours sur l'estime de soi, la prise de parole en public, la transformation sociale et d'autres sujets utiles dans le contexte local.

DP n° 9 : Assurer le respect de la vie privée et de la confidentialité

Programmes existants : Les entretiens avec les parties prenantes ont révélé qu'il n'existait aucun programme dans ce domaine.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Les questions de confidentialité sont traitées dans le DP n° 2.

DP n° 10 : Programmes dans les prisons et autres lieux de détention

Programmes existants : Les entretiens avec les parties prenantes ont révélé qu'il n'existait aucun programme portant spécifiquement sur la tuberculose et les droits humains en milieu carcéral.

Éléments du programme complet proposé dans ce domaine : Vu le peu d'informations disponibles concernant l'univers pénitentiaire, une évaluation de la qualité et de l'accessibilité des services de lutte contre le VIH et la tuberculose en milieu carcéral devrait être menée. Dans une première phase, l'évaluation porterait sur la MACA (Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan) qui est la principale prison d'Abidjan. Un travail serait alors effectué avec le personnel médical pénitentiaire et d'autres personnels concernés pour suivre, accompagner et promouvoir de possibles mesures visant à garantir le droit des détenus à la santé. L'évaluation serait ensuite étendue à l'ensemble des 34 centres de détention du pays, répartis dans les régions d'Abengourou, d'Aboisso, d'Adzopé, d'Agboville, de Bassam, de Bondoukou, de Bouaflé, de Bouaké, de Dabou, de Daloa, de Dimbokro, de Divo, de Gagnoa, de Katiola, de Korhogo, de Man, d'Oumé, de Sassandra, de Soubré, de Tiassalé et de Toumodi.

Chiffrage du programme pour la tuberculose

Le tableau ci-dessous indique les investissements réalisés en 2016 avec différentes sources de financement pour lutter contre les obstacles liés aux droits humains :

Domaine programmatique (TB)	Total (USD)
DP n° 1 : Diminuer le rejet social et la discrimination	42 007
DP n° 2 : Former les professionnels de santé en matière de droits humains et d'éthique en lien avec la tuberculose	0
DP n° 3 : Sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces de l'ordre	0
DP n° 4 : Connaître ses droits en lien avec la tuberculose	54 603
DP n° 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose	0
DP n° 6 : Surveiller et réformer les politiques, les règlements et les lois entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	0
DP n° 7 : Diminuer les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	0
DP n° 8 : Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires	0
DP n° 9 : Assurer le respect de la vie privée et de la confidentialité	0
DP n° 10 : Programmes dans les prisons et autres lieux de détention	0
Total	96 610

Le tableau ci-dessous synthétise le coût du programme complet proposé.

Domaine programmatique (TB)	Total (USD)
DP n° 1 : Diminuer le rejet social et la discrimination	380 221
DP n° 2 : Former les professionnels de santé en matière de droits humains et d'éthique en lien avec la tuberculose	263 374¹¹
DP n° 3 : Sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces de l'ordre	45 747*
DP n° 4 : Connaître ses droits en lien avec la tuberculose	488 288
DP n° 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose	0*
DP n° 6 : Surveiller et réformer les politiques, les règlements et les lois entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	1 134 177
DP n° 7 : Diminuer les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	54 414
DP n° 8 : Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires	390 162
DP n° 9 : Assurer le respect de la vie privée et de la confidentialité	0
DP n° 10 : Programmes dans les prisons et autres lieux de détention	0*
Total	2 756 383

Le détail des coûts annuels figure dans le rapport principal ci-après et un chiffrage détaillé est disponible dans l'annexe 7.

^{11*} Si le programme complet pour le VIH est entièrement financé. Il est possible d'intégrer les questions de droits en lien avec la tuberculose dans de nombreuses activités du programme complet pour le VIH pour un coût relativement faible voire nul.

1. INTRODUCTION

Aperçu de l'initiative d'évaluation de référence du Fonds mondial

Depuis l'adoption de sa stratégie pour la période 2017-2022 – *Investir pour mettre fin aux épidémies* –, le Fonds mondial s'est joint aux efforts de parties prenantes nationales, de partenaires techniques et d'autres donateurs en vue d'accroître les investissements dans les programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent les ripostes nationales au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Cet effort va dans le sens du 3^e objectif stratégique, qui engage le Fonds mondial à « *mettre en place puis intensifier des programmes visant à éliminer les obstacles en rapport avec les droits humains, qui empêchent d'accéder aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme* » et à « *intensifier la mise en œuvre de programmes en faveur des femmes et des filles, notamment de programmes visant à améliorer les droits et la santé des femmes en matière de sexualité et de procréation, et à réaliser des investissements pour réduire les inégalités sur le plan de la santé, notamment les inégalités liées au genre* »¹².

Le Fonds mondial reconnaît que les programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains sont un moyen essentiel permettant d'améliorer l'efficacité de ses subventions, dans la mesure où ils contribuent à assurer un accès aux services de santé pour les personnes les plus touchées par le VIH et la tuberculose. Ce sont en effet des « catalyseurs essentiels »¹³. Le Fonds mondial travaille en étroite collaboration avec les pays, l'ONUSIDA, l'OMS, le PNUD, le partenariat Halte à la tuberculose, le PEPFAR, d'autres organisations bilatérales et d'autres donateurs afin de concrétiser cet objectif stratégique.

Contexte et bien-fondé d'une évaluation de référence en Côte d'Ivoire

Le Fonds mondial aspire à aider tous les pays à intensifier les programmes destinés à lever les obstacles entravant l'accès aux services de santé. À cet effet, il fournit dans un premier temps un appui intensif à 20 pays pour démontrer la faisabilité de ce travail et justifier de possibles modes opératoires pour le réaliser. Les critères de sélection des pays ont été élaborés et étudiés durant une consultation internationale organisée par le Fonds mondial et ses partenaires en avril 2016. Ces critères ont servi de base à un processus de consultation mené à la fois au sein du Fonds mondial et avec les partenaires techniques, qui a permis de dresser la liste des 20 pays sélectionnés et des maladies ciblées dans chaque pays. Les experts techniques qui ont participé à ces consultations venaient du Fonds mondial, de l'ONUSIDA, du partenariat Halte à la tuberculose, de l'OMS, du PNUD, du Haut-Commissariat aux droits humains et du Bureau du coordonnateur américain de la lutte contre le sida dans le monde.

La Côte d'Ivoire fait partie des 20 pays sélectionnés selon les critères convenus suivants : besoins, possibilités, capacités et partenariats dans le pays. En Côte d'Ivoire, l'évaluation porte sur VIH et la tuberculose.

Les objectifs de l'évaluation de référence pour chaque pays sont les suivants :

- Répertorier les principaux obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services de santé ;
- Décrire les programmes existants visant à réduire ces obstacles ;

¹²Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017-2022 : *investir pour mettre fin aux épidémies*. GF/B35/02

¹³Schwartzlander B, Stover J, Hallett T et coll. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet* 2011; 377(9782) : 2031-41.

- Indiquer ce qui constituerait une réponse globale au problème en ce qui concerne le type, la couverture et le coût des programmes mis en œuvre ;
- Déterminer les possibilités de mettre en œuvre ces programmes à grande échelle sur la période couverte par la stratégie du Fonds mondial.

L'évaluation de référence permettra de dresser un état des lieux de la situation en 2017 et sera suivie par deux autres évaluations similaires, une à mi-période et une à la fin de la période couverte par la stratégie du Fonds mondial, afin d'évaluer l'impact d'une intensification des programmes visant à éliminer les obstacles dans le pays concerné.

2. METHODES

Cadre conceptuel

Les obstacles liés aux droits humains évalués en Côte d'Ivoire sont ceux qui empêchent d'accéder et de recourir durablement aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose. Les grandes catégories spécifiées par le Fonds mondial sont les obstacles liés : à la stigmatisation et à la discrimination ; à la pauvreté et aux inégalités socioéconomiques ; aux lois, politiques et pratiques répressives ; aux inégalités et aux violences fondées sur le genre.

Les populations ciblées dans le cas de la Côte d'Ivoire sont les populations clés et vulnérables selon les critères suivants définis par le Fonds mondial :

- Sur le plan épidémiologique, le groupe se trouve confronté à des risques et à une vulnérabilité accrue face à au moins une des deux maladies, ainsi qu'à une charge de morbidité plus forte, en raison d'une combinaison de facteurs biologiques, socioéconomiques et structurels ;
- L'accès à des services essentiels est nettement plus faible pour ce groupe par rapport au reste de la population, ce qui signifie que des efforts et des investissements stratégiques ciblés sont nécessaires pour améliorer la situation du groupe en matière de couverture, d'équité et d'accessibilité ;
- Les membres de ce groupe subissent de fréquentes violations de leurs droits humains, une privation systématique de leurs droits civiques, une marginalisation sociale et économique, voire une criminalisation, ce qui accroît leur vulnérabilité et leur exposition aux risques et limite leur accès à des services essentiels.

Des données publiées fournissent des renseignements sur plusieurs populations de Côte d'Ivoire qui constituent des populations clés au sens du Fonds mondial. Ces différents groupes sont : les personnes qui vivent avec le VIH (PVVIH) ; les personnes qui vivent avec la tuberculose (PVTB) ; les travailleuses et les travailleurs du sexe ainsi que leurs clients ; les jeunes femmes et les adolescentes ; les homosexuels masculins et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ; les personnes transgenres ; les consommateurs de drogues injectables (y compris les adolescents et les femmes qui consomment ces drogues) ; les personnes incarcérées.

Étapes du processus d'évaluation

Les étapes du processus d'évaluation étaient les suivantes :

- Étude documentaire : selon les directives du Fonds mondial et de ses partenaires concernant cette évaluation de référence, une étude documentaire complète a été réalisée d'octobre à novembre 2017. Conformément aux directives, des informations ont été rassemblées qui portaient sur : l'épidémiologie de l'infection à VIH et les populations clés et vulnérables en Côte d'Ivoire ; les obstacles liés aux droits humains qui empêchent les

populations clés d'accéder aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose ; les programmes et les financements actuellement en place ; l'efficacité, les résultats et l'impact de ces programmes ; des recommandations concernant des programmes et des politiques à venir. Les bases de données PubMed, EMBASE et PopLine ont été utilisées pour trouver des documents examinés par des pairs, et Google Scholar a ensuite permis de trouver une autre documentation (parallèle) non soumise à comité de lecture. En tout, 89 articles et documents publiés ont été trouvés dans les trois bases de données et sur des sites web pertinents. Les abrégés et résumés des 89 articles ont été examinés. Au total, 74 articles ont été retenus pour leur pertinence. Après élimination des doublons et des articles publiés avant 2012, ce sont 54 articles qui ont été retenus pour l'étude documentaire. Par ailleurs, sur les 17 rapports et publications trouvés (documentation parallèle), seuls 12 avaient un intérêt et ont été intégrés dans l'étude documentaire.

- Préparation du travail dans le pays : lors d'une réunion de lancement organisée en novembre 2017, le projet a été officiellement présenté aux membres de l'instance de coordination nationale (ICN). À cette occasion, la raison d'être de l'évaluation de référence et les procédures de collecte des données ont été expliquées, puis les conclusions de l'étude documentaire ont été résumées aux participants qui ont pu donner leur avis sur le processus. Une équipe de chercheurs ivoiriens a ensuite été constituée pour mener à bien les tâches de l'évaluation à effectuer dans le pays. Les outils de collecte de données mis au point pour ces évaluations du Fonds mondial ont été traduits en français, puis examinés par l'équipe de recherche en vue d'une éventuelle adaptation au vocabulaire utilisé en Côte d'Ivoire et au contexte national.
- Les chercheurs ont alors été formés à l'utilisation de ces outils. Il leur a ensuite été demandé de planifier et de mener des entretiens avec des informateurs clés et des groupes de discussion puis d'en rendre compte, et de recueillir des données sur les financements et les coûts. Sur la base de l'étude documentaire et en concertation avec l'équipe de recherche, une liste d'informateurs clés (IC) et des types de groupes de discussion ont été établis afin de guider le processus de collecte des données. La liste des informateurs clés a été dressée de manière à ce que l'échantillon soit équilibré et représentatif pour ce qui est de la répartition géographique, des populations clés et vulnérables, du genre et du type de partie prenante (p. ex. gouvernement, société civile, partenaire technique, groupe de population clé, maître d'œuvre de programme). La liste des informateurs clés a également été revue afin d'équilibrer l'expertise des personnes retenues entre VIH, tuberculose et interventions des programmes.
- Collecte des données. Fin 2017, les chercheurs ont organisé des entretiens avec des informateurs clés et des groupes de discussion avec les populations clés et vulnérables et les responsables des programmes concernés à Abidjan, Agboville, Gagnoa, Grand-Bassam et Jacqueville. Au total, 182 personnes ont été consultées dans le cadre de 15 groupes de discussion et 24 entretiens. La plupart des entretiens et de nombreux groupes de discussion ont porté à la fois sur la tuberculose et le VIH, ou plus généralement sur les obstacles liés aux droits et le système juridique. Les données collectées concernaient les aspects suivants :
 - Les obstacles liés aux droits humains entravant l'accès aux services anti-VIH et antituberculeux ;
 - Les populations clés et vulnérables les plus touchées par ces obstacles ;
 - Les programmes mis en œuvre à cette date ou par le passé et jugés efficaces pour réduire ces obstacles, que ce soit au travers d'évaluations ou qu'il s'agisse d'un sentiment partagé par de nombreux informateurs clés ;

- Les mesures nécessaires pour remédier complètement aux obstacles les plus importants pour tous les groupes les plus concernés ;
 - Le financement de ces programmes (pour l'exercice 2016) ;
 - L'évaluation des coûts des programmes efficaces¹⁴ mis en œuvre à cette date ou par le passé.
- Analyse des données. Tous les comptes rendus des entretiens et des groupes de discussion ont été rassemblés et analysés, en liaison avec les informations sur les coûts des programmes et les conclusions de l'étude documentaire, afin de dresser un tableau de référence de la situation décrivant : les populations concernées ; les obstacles majeurs liés aux droits rencontrés par ces populations ; les programmes en place s'attachant à éliminer ces obstacles ; un aperçu de la démarche globale proposée (interventions prioritaires liées aux droits, perspectives sur les possibles voies à suivre d'urgence pour mettre en œuvre ces programmes à grande échelle en Côte d'Ivoire, coût estimé de la mise en œuvre de ces programmes, possibles indicateurs de mise en œuvre, de résultats et d'impact).
 - Ce rapport a ensuite été préparé en utilisant un modèle de plan standard pour les rapports de pays, puis remis au Secrétariat du Fonds mondial pour servir de base aux discussions entre l'équipe de pays en charge de la Côte d'Ivoire et le personnel du Département chargé des questions liées aux communautés, aux droits et au genre, avant d'être remis aux parties prenantes en Côte d'Ivoire pour poursuivre le débat.

Méthode d'estimation des coûts

Trois processus de calcul des coûts ont été suivis pour cette évaluation.

D'abord, il a été demandé à tous les donateurs et bailleurs de fonds ayant financé des activités dans les domaines programmatiques relatifs au VIH ou à la tuberculose de fournir des précisions sur le montant du financement apporté et les domaines programmatiques concernés et, si possible, d'indiquer le type et la portée ou la couverture des activités financées. Cette approche a été une grande réussite pour le VIH, la plupart des donateurs ayant été en mesure de préciser vers quels domaines programmatiques les fonds avaient été dirigés, sans cependant fournir d'informations quant au type ou la portée des activités financées. Pour la tuberculose, la situation a été plus compliquée. Un bailleur de fonds (le Fonds mondial) n'a communiqué que des montants globaux et, après discussion avec les chercheurs, a accepté de répartir ces fonds dans certains domaines programmatiques. Dans certains cas pour la tuberculose, des donateurs étaient connus pour financer des activités, mais n'ont fourni aucun renseignement.

Ensuite, nous avons approché divers maîtres d'œuvre de programmes et entrepris un processus de calcul des coûts pour connaître le coût de certaines interventions. Ce processus était conforme aux directives relatives au calcul rétrospectif des coûts (disponibles sur demande au Fonds mondial). Les fiches de coût individuelles pour les services fournis par chacune des organisations mentionnées plus haut ont été remises au Fonds mondial et traduites en français en vue de la collecte des données.

Enfin, à partir des résultats des deux premiers processus, un calcul des coûts prévisionnels a été effectué. Les résultats de ce processus sont présentés dans l'annexe 3. Pour chaque type d'intervention, un coût à l'échelle de l'intervention a été calculé. Par exemple, de nombreuses activités comportaient des formations nationales ou régionales. Les coûts de ces formations se

¹⁴ L'efficacité est déterminée par une évaluation ou par consensus entre les informateurs clés quant à l'efficacité d'un programme.

sont révélés proches, quel que soit le sujet traité. Pour ces interventions et d'autres comme le travail de sensibilisation et de formation des professionnels de santé, des coûts à l'échelle de l'intervention ont été calculés (voir la fiche de données sur les coûts dans l'annexe 3). Pour les interventions nouvelles ou qui n'avaient pas été mises en œuvre les années précédentes, des hypothèses ont été établies quant aux différences entre ces interventions et celles dont les coûts étaient connus. Ces coûts ont été utilisés pour dresser des tableaux de calcul (voir les tableaux de calcul relatifs au VIH et à la tuberculose dans l'annexe 3). Dans ces calculs, le nombre de services à fournir, de personnes à atteindre ou à former, etc. a été multiplié par le coût à l'échelle de l'intervention pour obtenir un coût annuel pour chaque activité. (Les coûts annuels sont nécessaires étant donné que certaines activités n'ont lieu que tous les deux ans, comme l'utilisation de l'indice de stigmatisation, tandis que d'autres requièrent des activités de renforcement des capacités ou d'un autre type au cours de la première année, qui ne sont plus nécessaires les années suivantes.)

Dans chaque cas – pour le VIH et pour la tuberculose –, ces tableaux de calcul ont servi à établir des budgets pour le domaine programmatique complet et pour les activités et sous-activités (repérés par « VIH » et « TB » dans l'annexe 3), pour chacune des 5 années ainsi que pour l'ensemble de la période. Ces budgets sont ensuite utilisés pour calculer les totaux sur 5 ans indiqués dans les colonnes d'évaluation des coûts et à la fin du présent rapport.

3. RESULTATS DE REFERENCE : VIH

Aperçu du contexte épidémiologique et des populations ciblées

En 2016, environ 460 000 personnes vivaient avec le VIH en Côte d'Ivoire, dont 250 000 femmes, 170 000 hommes et 36 000 enfants. La prévalence dans la population adulte était de 2,7 % et l'incidence du VIH pour 1000 habitants était de 0,86 %. En 2016, le nombre de décès dus au sida s'est élevé à 25 000, et au cours de la même année, 20 000 personnes ont été infectées par le virus. Dans la population générale, 58 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique et 41 % ont accès à un traitement antirétroviral¹⁵.

Le gouvernement ivoirien a adopté l'objectif de traitement de l'ONUSIDA – les cibles « 90-90-90 » – et a pris l'engagement d'atteindre cet objectif dans son Plan stratégique national de lutte contre les IST et le sida (PSNLS) 2016-2020. Comme indiqué dans le PSNLS, l'impact attendu d'ici 2020 est le suivant : 1) faire baisser le nombre des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida de 50 % et 75 % respectivement ; 2) mettre en place un continuum de soins efficace pour les PVVIH, les orphelins et enfants vulnérables ainsi que leurs familles ; 3) améliorer l'efficacité de la riposte nationale à l'épidémie de VIH. Les populations clés définies dans le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) sont les travailleuses du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues et les détenus. Les autres groupes vulnérables recensés sont les migrants, les chauffeurs routiers, les personnels en uniforme et les clients des travailleuses du sexe¹⁶.

Les travailleuses du sexe : Le nombre de travailleuses du sexe dans la ville d'Abidjan a été estimé à 9211 en 2014¹⁷. Il n'existe en revanche aucune estimation récente de la taille de la population des travailleuses du sexe en Côte d'Ivoire. Une étude bio-comportementale réalisée en 2014 a permis d'estimer la prévalence du VIH à 11,4 % dans cette population^{18,19,20}.

En 2012, les données du projet IMPACT (mise en place d'une prévention et d'une prise en charge du sida) ont montré que c'est dans la commune d'Abobo à Abidjan que la prévalence du VIH était la plus élevée chez les travailleuses du sexe avec 29 %, suivi par la région de Yamoussoukro avec 18 %, la région de Bouaké avec 17 % et la commune de Marcory à Abidjan avec 15 %²¹. Lors de l'enquête CAP-PUMLS (2010) réalisée par la Banque mondiale, 81 % des travailleuses du sexe interrogées avaient déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client en 2011. Une part beaucoup plus faible de ces femmes avaient déclaré avoir utilisé un préservatif avec leurs partenaires sexuels non clients²². Durant la période 1976-1985, les travailleuses du sexe ont

¹⁵ Fiche pays de l'ONUSIDA, Côte d'Ivoire, 2016.

¹⁶ Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de la République de Côte d'Ivoire (2016). Plan stratégique national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le sida.

¹⁷ ONUSIDA (2016). *Fiche pays de l'ONUSIDA, Côte d'Ivoire 2016*. Disponible (en ligne) à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/ctedivoire> [date de consultation : 22 février 2017].

¹⁸ Étude biologique et comportementale des IST/VIH/SIDA chez les professionnels du sexe du district d'Abidjan, MSLS, 2014.

¹⁹ Lyons CE, Grosso A, Drame FM, et coll. Physical and Sexual Violence Affecting Female Sex Workers in Abidjan, Côte d'Ivoire: Prevalence, and the Relationship with the Work Environment, HIV, and Access to Health Services. *JAIDS* 2017;75(1):9-17.

²⁰ Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de la République de Côte d'Ivoire (2016). *Plan stratégique national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le sida 2016-2020*.

²¹ Étude biologique et comportementale des IST/VIH/SIDA chez les professionnels du sexe du district d'Abidjan, MSLS, 2014.

²² Enquête CAP-PUMLS : enquête « Comportement, attitude et pratique » (CAP) du Programme d'urgence multisectorielle de lutte contre le sida (PUMLS), Banque mondiale, 2010.

représenté 95 % des nouvelles infections en Côte d'Ivoire, contre seulement 19 % sur la période 2005-2015 suite aux mesures prises pour lutter contre le VIH²³.

Selon les estimations, la fréquence des violences physiques et sexuelles est élevée chez les travailleuses du sexe à Abidjan. La fréquence de la violence physique – définie comme le fait de se faire violemment pousser, bousculer, gifler, frapper à coups de poings ou de pieds, étrangler ou de subir toute forme de dommage physique – était de 60,6 %. Selon les témoignages, ces actes de violence étaient perpétrés par le conjoint, le petit ami, des partenaires sexuels, des clients ou des membres des forces de l'ordre. La fréquence de la violence sexuelle – c'est-à-dire des rapports sexuels contraints par la force ou la coercition, ou la pénétration contrainte à l'aide d'un objet – était de 44,1 %. Selon les témoignages, ces actes étaient le plus souvent perpétrés par des clients²⁴.

Les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : Il est difficile de déterminer la taille de cette population en Côte d'Ivoire en raison d'une forte stigmatisation à son égard²⁵. Néanmoins, l'étude bio-comportementale intégrée (IBBS) menée en 2016 auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans 5 villes de Côte d'Ivoire a permis, par extrapolation, d'estimer la taille de cette population à 59 040²⁶. L'IBBS 2016 a également permis d'estimer la prévalence du VIH dans cette population à 11,57 %. Plus de la moitié (54 %) des personnes interrogées ont déclaré avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des 6 mois précédents. Quelque 84 % ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin, et 88 % des HSH faisant commerce du sexe (10 % de l'ensemble de la population) ont indiqué utiliser des préservatifs avec leurs clients. Parmi les hommes interrogés, nombreux sont ceux qui ont déclaré avoir été victimes de violence physique au moins une fois dans leur vie : 66 % à Agboville, 53 % à Yamoussoukro et 47 % à Abidjan. La violence sexuelle est également fréquente dans cette population. Dix-huit des hommes interrogés ont indiqué avoir subi des violences sexuelles perpétrées, entre autres, par des partenaires sexuels et des agents des forces de l'ordre²⁷.

Les consommateurs de drogues : En 2014, une enquête réalisée par Médecins du Monde a permis d'estimer à 3521 le nombre de consommateurs de drogues à Abidjan, un chiffre un peu faible au regard du chiffre de 6000 obtenu lors de la phase exploratoire de l'enquête²⁸. La plupart des consommateurs de drogues fument de la cocaïne et de l'héroïne ; seul un petit nombre, estimé à 119, consomment ces drogues par injection. L'injection de drogues est plus stigmatisée que d'autres modes de consommation, à la fois chez les consommateurs de drogues eux-mêmes et dans la population en général. 15,8 % des consommateurs de drogues (13,7 % des hommes) ont indiqué faire commerce du sexe et 10,2 % des hommes ont déclaré avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes. Alors que la prévalence du VIH était de 9,5 % chez les consommateurs de drogues en général, elle était de 5,3% chez les personnes consommant ces drogues par injection.

²³Maheu-Giroux M, Vesga JF, Diabate S, et coll. *Changing dynamics of HIV transmission in Côte d'Ivoire: modeling who acquired and transmitted infections and estimating the impact of past HIV interventions (1976-2015)*. *JAIDS*, 26 avril 2017, doi : 10.1097/QAI.0000000000001434 (publication électronique)

²⁴ Lyons CE, Grosso A, Drame FM, et coll. *Physical and Sexual Violence Affecting Female Sex Workers in Abidjan, Côte d'Ivoire: Prevalence, and the Relationship with the Work Environment, HIV, and Access to Health Services*. *JAIDS* 2017;75(1):9-17.

²⁵ Muraguri, N., Temmerman, M. et Geibel, S. (2012). A decade of research involving men who have sex with men in sub-Saharan Africa: Current knowledge and future directions. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 9(3), p.137 à 147.

²⁶ Étude biologique et comportementale des IST, du VIH et du sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes des villes d'Abidjan, Agboville, Bouaké, Gagnoa, et Yamoussoukro. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, 2016.

²⁷ Ibid.

²⁸ Bouscaillou J, Evanno J, Prouté M et coll. Santé des personnes usagères de drogue à Abidjan en Côte d'Ivoire. Paris : Médecins du Monde, 2014.

La prévalence du VIH a été estimée à 26,5 % chez les femmes et 7,7 % chez les hommes, ce qui signifie que la probabilité pour une femme d'être infectée par le VIH est 3,4 fois plus élevée que pour un homme dans cette population. Une étude menée en 2014 par le ministère de la Santé a révélé que : seulement 6,6 % des consommateurs de drogues interrogés avaient des connaissances précises et complètes sur la transmission et la prévention du VIH ; 50 % avaient plusieurs partenaires sexuels, avec lesquels 23 % seulement utilisaient régulièrement des préservatifs ; 38,1 % avaient effectué au moins une fois un test de dépistage du VIH²⁹.

La population carcérale : La taille de cette population en Côte d'Ivoire est estimée à 12 369 personnes³⁰. Le manque d'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH, le risque élevé de contracter l'infection et la faible prise de conscience de ce risque sont fréquents en milieu carcéral dans le pays³¹. Dans une étude menée en 2014 à la Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan (la prison principale du secteur) auprès de 370 nouveaux détenus, on a constaté que 13 % d'entre eux consommaient des drogues, parmi lesquels 8,3 % les consommaient par injection. La grande majorité des personnes interrogées (97,3 %) avaient des rapports sexuels et 31,9 % avaient plusieurs partenaires ; 50,6 % n'utilisaient pas de préservatifs, et parmi les utilisateurs, 73,6 % ne les utilisaient pas régulièrement. Globalement, 7,9 % étaient séropositifs³².

Vue d'ensemble du contexte juridique, politique et stratégique concernant le VIH et les droits humains

La Côte d'Ivoire est une république constitutionnelle dotée d'un pouvoir législatif, d'un pouvoir exécutif et d'un pouvoir judiciaire indépendant. La constitution de la Côte d'Ivoire adhère aux principes démocratiques libéraux et aux droits humains inaliénables, y compris le droit à l'éducation et à la santé, la liberté religieuse, la liberté d'association et l'égalité de traitement devant la loi³³.

La Commission nationale des droits de l'homme de Côte d'Ivoire (CNDHCI) est la plus haute institution chargée de promouvoir et de faire respecter les droits humains dans le pays. Elle a un rôle de conseil, de consultation et d'évaluation, œuvre pour faire en sorte que les lois et règlements soient conformes aux traités internationaux, et reçoit, puis étudie, les plaintes pour violations des droits humains. La CNDHCI produit un rapport annuel sur ses activités et sur la situation concernant les droits humains en Côte d'Ivoire. Un comité technique sur les droits humains et le VIH a été créé en 2017 sous l'égide du ministère de la Justice et des Droits humains. Son rôle est de coordonner toutes les activités liées aux droits humains en ce qui concerne le VIH.

Le système de santé en Côte d'Ivoire se partage entre secteur public et secteur privé. Si le secteur public occupe la place la plus importante, le secteur privé de la santé est en constante progression. Le pays est divisé en 82 districts sanitaires. Le système public est constitué d'établissements de santé à 3 niveaux : 1967 établissements de santé primaires, comprenant des centres de santé urbains, ruraux et communautaires ; les établissements de santé secondaires avec 68 hôpitaux généraux, 17 hôpitaux régionaux et 2 hôpitaux spécialisés ; les établissements de santé tertiaires,

²⁹ Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016). *Plan stratégique national 2016-2020 de lutte contre le sida et les IST (PNLS)*. Côte d'Ivoire.

³⁰ Base de données AIDSInfo de l'ONUSIDA, 2016

³¹ PNLS, op. cit.

³² Aké-Tano Sassor Odile Purifine, Konan Yao Eugène, et coll. *Seroprevalence of HIV Infection and Associated Factors Among Newly Incarcerated Prisoners in Abidjan, Ivory Coast*. Science Journal of Public Health. Vol. 5, N° 5, 2017, p. 377 à 382. doi : 10.11648/j.sjph.20170505.13

³³ Oxford Business Group. (2018). Overview of Côte d'Ivoire's legal system and recent reforms. Disponible (en ligne) à l'adresse suivante : <https://oxfordbusinessgroup.com/analysis/judicial-framework-overview-legal-system-and-recent-reforms> [date de consultation : 20 février 2018].

à savoir, 4 hôpitaux universitaires et 5 établissements nationaux spécialisés. En 2011, le secteur privé de la santé en plein essor comptait 2036 établissements, parmi lesquels des cliniques, des centres de santé et des pharmacies. Avec un total de 49 établissements se limitant aux soins primaires, certaines organisations communautaires et associations religieuses contribuent également au système de santé du pays³⁴.

Le conflit armé des années 2010-2011 a eu des conséquences majeures pour l'infrastructure sanitaire et les services de santé du pays. Une baisse importante des effectifs et d'autres ressources – stocks de fournitures médicales et matériel notamment – a été observée dans le secteur de la santé. Dans les résultats d'une analyse des problèmes sanitaires de la Côte d'Ivoire à l'époque, on peut lire ceci : en avril 2011, plus de 70 % de la population n'avait pas accès aux services de santé et le pays comptait environ 800 000 personnes déplacées ; les établissements de santé ont été confrontés à une grave pénurie de fournitures médicales causée par des perturbations dans la chaîne d'approvisionnement³⁵.

Malgré une reprise soutenue après la crise de 2010-2011, le rétablissement complet de services de base tels que les services de santé reste inachevé³⁶. La Côte d'Ivoire continue d'enregistrer une forte mortalité juvénile et maternelle, malgré la gratuité des soins pour les enfants et les mères. De plus, le profil sanitaire des Ivoiriens se caractérise par une espérance de vie à la naissance d'environ 53 ans, une forte charge de morbidité des maladies non transmissibles – cancers et maladies cardio-vasculaires notamment, qui représentent 31 % des décès –, et une forte prévalence du VIH et de la tuberculose. Les maladies transmissibles demeurent la première cause de décès dans le pays³⁷.

Si le cadre juridique est bien défini, sa mise en œuvre par le système judiciaire reste quant à elle problématique³⁸. La loi de juillet 2014 sur le VIH/sida garantit les droits des personnes vivant avec le VIH, assure à celles-ci un accès aux traitements et aux soins, et les protègent contre la stigmatisation et la discrimination³⁹. Néanmoins, de nombreux Ivoiriens n'ont pas accès aux services de traitement et de prise en charge du VIH.

Dans son rapport mondial de 2016, Human Rights Watch a mis en évidence un système judiciaire ivoirien qui demeure rongé par l'ingérence politique et la corruption. Bien que la loi garantisse à chaque citoyen le droit à un procès équitable et à un jugement rendu dans un délai raisonnable, « la détention préventive prolongée reste la règle plutôt que l'exception, et la plupart des prisons sont surpeuplées et manquent d'alimentation, d'hygiène et de soins médicaux adéquats⁴⁰ ».

³⁴ Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique. (2016). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020 – Version consolidée*. Disponible (en ligne) à l'adresse suivante : http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cote_divoire/pnds_2016-2020.pdf [date de consultation : 20 février 2018].

³⁵ Gaber S, Patel P. Tracing health system challenges in post-conflict Côte d'Ivoire from 1893 to 2013. *Global Public Health*. 2013;8(6):698-712.

³⁶ OMS. (2011). Thousands without adequate health care in Western Côte d'Ivoire _ WHO scales up its operations. Retrouvé sur <http://www.who.int/hac/crises/civ/sitreps/18april 2011/en/index.html>

³⁷ Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Country Cooperation Strategy - Côte d'Ivoire*. Disponible (en ligne) à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137146/1/ccsbrief_civ_en.pdf?ua=1 [date de consultation : 22 février 2018].

³⁸ Oxford Business Group. (2018). Overview of Côte d'Ivoire's legal system and recent reforms. Disponible (en ligne) à l'adresse suivante : <https://oxfordbusinessgroup.com/analysis/judicial-framework-overview-legal-system-and-recent-reforms> [date de consultation : 20 février 2018].

³⁹ Journal officiel de la République de Côte d'Ivoire, Numéro spécial, 15 juillet 2014.

⁴⁰ Human Rights Watch, Rapport mondial 2016.

En Côte d'Ivoire, les personnes homosexuelles ne sont pas visées par des mesures pénales. Néanmoins, les couples de même sexe peuvent être poursuivis en justice pour acte indécent en public en vertu de l'article 360 du code pénal. À ce jour, aucune loi n'interdit les discriminations fondées sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou le statut intersexe.

Les violences et les inégalités fondées sur le genre sont répandues en Côte d'Ivoire. En 2016, le pays pointait à la 171^e place sur 188 au classement de l'Indice d'inégalités de genre⁴¹. Environ 80 % des filles et jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans et 72 % des femmes âgées de 20 à 24 ans n'ont pas leur mot à dire au sujet de soins qui les concernent⁴². La Côte d'Ivoire a ratifié plusieurs conventions et accords internationaux qui reconnaissent les droits civiques, politiques et socioéconomiques des femmes, y compris le Plan d'action de Beijing en 1995. Toutefois, en raison d'habitudes culturelles et de croyances religieuses fortement ancrées, les femmes ivoiriennes subissent encore des discriminations et des violences fondées sur le genre, par exemple, des mutilations sexuelles féminines⁴³. Selon le rapport mondial 2018 de Human Rights Watch, « si l'ONU a signalé en janvier 2017 que le nombre de cas de violences sexuelles et sexistes était en baisse progressive depuis 2014, la stigmatisation sociale et l'impunité généralisée empêchent de nombreuses victimes de dénoncer les abus ». Au moins 80 cas de viol et autres abus sexuels ont été enregistrés en Côte d'Ivoire au cours des cinq premiers mois de 2015, un chiffre sous-estimé, car la peur du rejet social empêche encore les victimes de se manifester^{44,45}.

La communauté LGBT de Côte d'Ivoire est particulièrement exposée au risque de violence fondée sur le genre. Malgré l'absence d'une loi pénalisant l'homosexualité, la diversité des identités de genre et des orientations sexuelles est mal acceptée. En janvier 2014, des attaques homophobes ont été perpétrées à Abidjan contre *Alternative CI*, une organisation qui œuvre pour les droits de la communauté LGBT. Les assaillants ont endommagé le bâtiment en ayant recours à des pierres, à des ordures et à des graffitis. Les bureaux ont été saccagés, l'agent de sécurité a été violemment battu et la maison du directeur a été attaquée⁴⁶.

La pauvreté fragilise les droits humains, notamment le droit à bénéficier de services de prévention, de traitement et de prise en charge médico-sociale du VIH. Le manque de possibilités éducatives et économiques amoindrit en outre la capacité des individus à exercer leur droit à des services anti-VIH. De nombreux Ivoiriens vivent dans l'extrême pauvreté, en particulier dans les zones rurales où logements indécents et accès limité à l'eau et aux installations sanitaires font partie des problèmes rencontrés⁴⁷. Le taux de chômage dans le pays n'étant que de 5,3 %, le problème pour la plupart des Ivoiriens n'est pas tant de trouver un emploi que de trouver un emploi qui leur assure un revenu décent : sur le marché du travail ivoirien, 80 % des travailleurs sont indépendants ou travaillent dans des entreprises ou des fermes familiales, et gagnent moins

⁴¹ Banque mondiale. (2017). *Côte d'Ivoire*. Disponible (en ligne) à l'adresse suivante : <http://www.banquemondiale.org/fr/country/cotedivoire> [date de consultation : 20 février 2018].

⁴² ONUSIDA (2014). *The Gap Report*. Genève : ONUSIDA.

⁴³ Ministère de la Justice et des Droits humains, LIDHO. (2016). *Projet de renforcement du système judiciaire et pénitentiaire et de la protection des droits humains en Côte d'Ivoire - Je connais mes droits – Lutte contre la traite des personnes et la violence basée sur le genre*.

⁴⁴ Human Rights Watch, Rapport mondial 2016.

⁴⁵ Human Rights Watch, Rapport mondial 2018.

⁴⁶ Amnesty.org. (2018). *Côte d'Ivoire : des militants en fuite après une vague d'attaques homophobes*. Disponible (en ligne) à l'adresse suivante : <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2014/01/cote-d-ivoire-homophobic-attacks/> [date de consultation : 13 mars 2018].

⁴⁷ Habitat for humanity. Disponible (en ligne) à l'adresse suivante : <https://www.habitatforhumanity.org.uk/country/cote-divoire/>

de 120 USD par mois⁴⁸. Le taux d’alphabétisation est de 43,1 % chez les personnes âgées de 15 ans et plus.

Obstacles liés aux droits humains, qui entravent l’accès et le recours aux services anti-VIH et nuisent au maintien des patients dans le système de soins

Obstacles liés à la stigmatisation et à la discrimination

La stigmatisation peut conduire à des discriminations et à d’autres violations des droits humains, et nuire ainsi grandement aux conditions de vie des personnes vivant avec le VIH⁴⁹. En Côte d’Ivoire, bien que la loi de 2014 sur le VIH condamne expressément toutes les formes de discrimination contre les PVVIH, la stigmatisation et les discriminations continuent d’avoir cours. Les données issues d’enquêtes récentes révèlent qu’entre 25 et 49 % des personnes – hommes, femmes, jeunes – âgées de 15 à 49 ans ont des attitudes discriminatoires envers les PVVIH. De nombreuses personnes qui vivent avec le VIH choisissent de ne pas révéler leur statut à leur entourage immédiat – famille ou amis – de crainte d’être rejetées^{50,51}.

Selon l’Indice de stigmatisation des PVVIH, 40,4 % des personnes vivant avec le VIH en Côte d’Ivoire ont connu la stigmatisation. Des PVVIH déclarent s’être vu refuser l’accès à des services de santé en raison de leur séropositivité. Beaucoup ont également intériorisé cette stigmatisation⁵². Selon les rapports d’ONG de Grand-Bassam, l’auto-stigmatisation est un obstacle sérieux au recours à des services anti-VIH, car la personne concernée peut être dans le déni et ne pas chercher à consulter. Bien que les discriminations à l’encontre des PVVIH soient interdites par la loi de 2014 sur le VIH, l’accès à certains emplois de la fonction publique – dans la police nationale par exemple – est refusé aux PVVIH dans la pratique. L’accès aux prêts bancaires et aux assurances reste également problématique pour les PVVIH⁵³.

Dans tous les groupes de discussion organisés dans les régions couvertes par l’étude, les populations clés ont fait état d’une stigmatisation et d’une discrimination généralisées au sein des familles, à l’école, dans le milieu médical, dans le cadre d’une pratique religieuse et de la part de leurs amis, de leur entourage, de chefs religieux, des forces de police et de professionnels de santé. Cette stigmatisation et ces discriminations se fondent sur un jugement moral quant à l’activité économique de ces personnes (commerce du sexe), leur orientation sexuelle ou certaines pratiques illégales (consommation de drogue), ainsi que sur des perceptions négatives liées à l’infection par le VIH.

La stigmatisation dans le milieu médical conduit à divers comportements discriminatoires : refus de toucher les hommes qui ont des rapports sexuels avec d’autres hommes pour des raisons

⁴⁸ Morisset, J. (2018). *The challenge of creating quality jobs in Côte d’Ivoire*. Brookings (en ligne). Disponible à l’adresse suivante : <https://www.brookings.edu/blog/future-development/2015/12/17/the-challenge-of-creating-quality-jobs-in-cote-divoire/> [date de consultation : 20 février 2018].

⁴⁹ ONUSIDA (2005). *Stigmatisation, discrimination et violations des droits humains associées au VIH – Études de cas des interventions réussies*. Genève (en ligne) : ONUSIDA. Disponible à l’adresse suivante : http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_fr.pdf [date de consultation : 21 février 2018].

⁵⁰ ONUSIDA (2017). *Faire face à la discrimination – Surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les établissements de santé et ailleurs*. Genève : ONUSIDA.

⁵¹ Département d’État américain. (2015). *Côte d’Ivoire 2015 Human Rights Report*. Disponible (en ligne) à l’adresse suivante : <https://www.state.gov/documents/organization/252885.pdf/> [date de consultation : 28 octobre 2017].

⁵² Étude nationale de l’index de stigmatisation et discrimination envers les personnes vivant avec le VIH en Côte d’Ivoire, 2016.

⁵³ Baseline Evaluation Report – Africa Regional HIV Grant: Removing Legal Barriers, Institut pour la santé mondiale, Université de Californie du Sud.

religieuses ; interpellation morale des travailleuses du sexe et des HSH ; divulgation de la séropositivité d'une personne ; dépistage des travailleuses de sexe sans leur consentement ; refus de traitement aux consommateurs de drogues jugés « sales » ou aux personnes transgenres jugées « contre nature ». En général, ces abus sont plus présents dans les services de santé publics, et plus encore en milieu rural. Les populations clés déclarent être victimes d'une stigmatisation moindre dans les centres de santé communautaires, mais les HSH notamment indiquent qu'ils se sentent encore stigmatisés dans ces centres, en particulier par la façon dont les réceptionnistes les regardent et par les commentaires des autres patients sur leur genre. Les travailleuses du sexe ont indiqué que les questions posées par les professionnels de santé à des fins de suivi et d'évaluation étaient gênantes et trop intrusives. À Abidjan, de nombreux consommateurs de drogues vivent dans des communautés pauvres et précaires, principalement à cause de la stigmatisation qu'ils subissent⁵⁴.

Obstacles liés au respect des droits humains dans le système de santé

Les connaissances insuffisantes du personnel du secteur de la santé dans les domaines des droits humains et de l'éthique médicale liés au VIH peuvent véritablement empêcher certaines personnes d'entrer et de rester dans le circuit de traitement de l'infection. Cette situation prévaut dans presque tous les établissements de soins en Côte d'Ivoire. Les professionnels de santé n'ont ni la formation ni les connaissances pour répondre aux besoins de prise en charge spécifiques des travailleuses du sexe et des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes lorsque ces personnes viennent consulter. Des PVVIH rapportent que certains prestataires de soins sont incapables de répondre précisément à des questions portant sur leurs problèmes de santé⁵⁵.

Par conséquent, les PVVIH et d'autres populations clés sont victimes d'attitudes et de pratiques discriminatoires et stigmatisantes de la part de prestataires de santé. Il peut s'agir d'attitudes peu accueillantes, d'un désintérêt pour les patients, de différences dans la qualité du traitement selon le statut sérologique vis-à-vis du VIH, voire d'un refus de soins et de violations du secret médical. Il a été rapporté que de nombreux médecins refusaient de dispenser un traitement à des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en raison de l'orientation sexuelle de ces derniers. Dans les groupes de discussion, des travailleuses et travailleurs du sexe ont indiqué que les comportements moralisateurs des médecins constituaient un frein susceptible de les amener à arrêter leur traitement. Des homosexuels masculins et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont déclaré éviter de se rendre dans des établissements de santé ou retarder le moment de consulter par crainte d'un rejet de la part des prestataires de soins⁵⁶.

Obstacles liés aux connaissances, aux attitudes et aux pratiques des législateurs et des agents des forces de l'ordre

Les entretiens menés dans le pays ont mis en évidence l'absence généralisée d'une véritable connaissance des droits humains chez les personnes participant à la riposte au VIH au sein des pouvoirs publics ivoiriens. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne le droit à la santé, ce qui a fragilisé la composante du Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida portant sur ce thème⁵⁷.

⁵⁴ Bouscaillou et coll., op.cit.

⁵⁵ Facteurs influençant la sortie des patients vivant avec le VIH du circuit de traitement en Côte d'Ivoire, MSLS, 2014.

⁵⁶ ONUSIDA (2017). *Faire face à la discrimination – Surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les établissements de santé et ailleurs*. Genève : ONUSIDA.

⁵⁷ Baseline Evaluation Report – Africa Regional HIV Grant: Removing Legal Barriers, Institut pour la santé mondiale, Université de Californie du Sud.

En Côte d'Ivoire, les agents des forces de l'ordre ne sont généralement pas formés sur les droits des populations clés et les questions en rapport avec le VIH/sida. On signale de nombreux faits de harcèlement, d'arrestation, d'extorsion voire d'agression physique ou sexuelle commis par des agents des forces de l'ordre contre des personnes soupçonnées de commerce du sexe, de consommation de drogues ou d'homosexualité. Très souvent, ces actes se répètent en toute impunité.

Les travailleuses du sexe d'Abidjan indiquent être très souvent victimes de harcèlement, d'intimidation, de chantage, de violences physiques et sexuelles, et d'un manque de protection de la part de policiers en tenue⁵⁸. Les discussions de groupe et les entretiens ont révélé des pratiques illégales des agents des forces de l'ordre à l'égard des populations clés. Des travailleuses du sexe de la commune d'Abobo à Abidjan ont rapporté que les actes de violence sexuelle – y compris le viol – et d'extorsion commis par des policiers étaient monnaie courante. Les agents de la brigade mondaine seraient les principaux auteurs de ces actes. Le système d'extorsion est tellement ancré que les travailleuses du sexe doivent payer une somme hebdomadaire pour maintenir la brigade mondaine de leur commune à distance. Malgré cela, leur lieu de travail pourra être investi par la brigade mondaine d'une autre commune, qui leur soutirera également de l'argent. Les travailleuses du sexe étrangères, venues du Nigéria par exemple, déclarent devoir payer plus que leurs homologues ivoiriennes du fait qu'elles risquent l'expulsion. D'autres travailleuses du sexe déclarent avoir été arrêtées par la police et dépouillées de toutes leurs affaires.

Les discussions de groupe avec des consommateurs de drogues ont révélé des cas de descentes de police dans les « ghettos » – des lieux de rencontre pour consommer et qui servent à l'occasion de refuges pour les sans-abri qui consomment des drogues. Lors de ces descentes, la police met le feu aux produits stupéfiants, aux accessoires de consommation, aux affaires personnelles et aux médicaments antirétroviraux des personnes présentes. Ces personnes n'ont alors d'autre choix que de s'installer dans un nouveau lieu où les éducateurs pour les pairs les perdent de vue. Les consommateurs de drogues qui vivent avec le VIH déclarent ne pas pouvoir prendre leur traitement régulièrement lorsqu'ils sont arrêtés et incarcérés à la MACA. Des HSH de la commune de Port-Bouët à Abidjan ont déclaré être souvent l'objet d'humiliations lors d'arrestations par des policiers qui, par ailleurs, les empêchaient d'accéder à des services de santé, jugeant qu'ils n'étaient « pas dignes de vivre à cause de leur comportement contre nature ».

Obstacles liés à l'éducation juridique dans les populations clés et vulnérables

De nombreux entretiens menés dans le pays résument la manière dont la loi est perçue par la population ivoirienne : « les lois en vigueur ne posent pas de problèmes majeurs en elles-mêmes ; le problème, c'est plutôt la manière dont elles sont appliquées et la faible connaissance par le public des bonnes lois qui existent ». Le taux d'alphabétisation en Côte d'Ivoire est de 43,1 %. Ce faible niveau d'alphabétisation nuit à une bonne compréhension des lois en vigueur par la population. En 2014, la Côte d'Ivoire a adopté une loi sur le VIH. Toutefois, selon une analyse politique réalisée en 2016 par ENDA Santé, la population savait peu de choses de cette loi trois ans après son adoption⁵⁹.

Si la loi sur le VIH protège les PVVIH, les détenus, les femmes et les enfants, elle ne mentionne en revanche aucune autre population clé. D'autres instruments, traités et conventions en rapport avec les droits humains, auxquels la Côte d'Ivoire est partie, garantissent une protection aux populations clés. La Côte d'Ivoire a en outre mis en place le PNLS en 2015 et la CNDHCI en 2004,

⁵⁸ Lyons, C., Grosso, A., Drame, F. et coll. (2017). Physical and Sexual Violence Affecting Female Sex Workers in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 75(1):9-17.

⁵⁹ Analyse politique de la Côte d'Ivoire. ENDA Santé, Kouassi G., juillet 2016.

qui s'adressent tous deux spécifiquement aux populations clés. Malgré ces engagements forts en faveur des droits humains, les informations à ce sujet n'atteignent pas toutes les couches de la société ivoirienne. Le rapport sur l'indice de stigmatisation en Côte d'Ivoire révèle que 74,8 % des PVVIH n'ont jamais entendu parler de la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/sida et que 82,6 % ne connaissent pas la loi sur le VIH du 14 juillet 2014⁶⁰.

Obstacles liés à la disponibilité et à l'accessibilité des services juridiques associés au VIH

D'après les entrevues et les discussions de groupe organisées avec des représentants de populations clés et d'ONG en Côte d'Ivoire, les discriminations, injustices et violations des droits humains en rapport avec le VIH sont notamment les suivantes : violations de la vie privée et du secret médical, comme en ont témoigné les participants à un groupe de discussion avec le cas de prestataires de santé ayant divulgué la séropositivité d'un patient à sa famille dans la ville de Tiapoum ; actions illégales et actes de violence lors de descentes de police dans les « ghettos » de consommateurs de drogues ; discrimination dans les services de santé, par exemple lorsque des prestataires de soins refusent de traiter des travailleuses du sexe ou des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ; discrimination dans l'emploi, l'éducation, le logement et les services sociaux ; déni des droits de succession ; discriminations et violences fondées sur le genre, notamment lorsqu'une femme est chassée de chez elle par son mari qui vient d'apprendre la séropositivité de son épouse.

Même lorsque des PVVIH et d'autres populations clés ont connaissance de leurs droits, leur accès à la justice est limité et leurs chances d'obtenir réparation pour des préjudices en rapport avec le VIH sont maigres⁶¹. Même s'il est ressorti d'entretiens avec les informateurs clés d'ONG que ces organisations travaillent activement à conseiller et à représenter juridiquement les PVVIH et d'autres populations clés, des études montrent qu'une part importante de ces populations n'a jamais eu recours à la justice en cas de violation de leurs droits, principalement par manque de moyens financiers, ou parce qu'elles se sentaient intimidées, ne voulaient pas « s'exposer » (HSH vivant avec le VIH à Abidjan) et avaient des craintes quant à l'issue de la procédure⁶². D'autres formes de services juridiques semblent manquer en Côte d'Ivoire. Il s'agit, d'une part, des formes alternatives/communautaires de règlement des différends, et d'autre part, de la mobilisation des chefs religieux ou traditionnels et des systèmes juridiques traditionnels (p. ex. les tribunaux de village) en vue de résoudre des conflits et de changer des normes traditionnelles néfastes.

Obstacles liés à la législation, aux politiques et à la loi sur le VIH

Le système juridique ivoirien est un mélange de droit civil et de droit coutumier. Bien que la loi ivoirienne n'interdise pas expressément l'homosexualité, l'article 360 du Code pénal du 31 août 1981 y faisait référence (jusque récemment) en définissant le crime « d'outrage public à la pudeur » comme « un acte impudique ou contre nature avec un individu du même sexe ». Le crime est passible d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à deux ans. Cet article a été récemment révisé pour en supprimer la mention « individu du même sexe », mais il est trop tôt pour dire quel effet ce changement aura sur les pratiques policières⁶³.

⁶⁰ Étude nationale de l'index de stigmatisation et discrimination envers les personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire, 2016.

⁶¹ Note d'orientation de l'ONUSIDA, 2012. Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH.

⁶² Rapport sur l'indice de stigmatisation, Côte d'Ivoire, 2016.

⁶³ Baseline Evaluation Report – Africa Regional HIV Grant: Removing Legal Barriers, Institut pour la santé mondiale, Université de Californie du Sud.

Une personne interrogée a mentionné la nécessité de nommer explicitement les populations clés dans la loi sur le VIH, tant pour les protéger que pour faciliter le travail des personnes qui œuvrent auprès de ces populations et leur proposent des services⁶⁴. Par ailleurs, l'article 4 de la loi sur le VIH, qui interdit aux mineurs de moins de 16 ans de procéder à un test de dépistage sans l'accord de leurs parents, entrave l'accès des jeunes PVVIH aux services anti-VIH^{65,66}.

En Côte d'Ivoire, certaines pratiques, politiques et lois répressives maintiennent des populations clés à l'écart du système de soins. Si le commerce du sexe n'est pas expressément interdit par la loi ivoirienne, le racolage sur la voie publique est en revanche sanctionné et son interdiction est largement appliquée, ce qui a des effets négatifs sur la prévention et la prise en charge du VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe. Dans le cadre des groupes de discussion, les représentants des populations clés ont relaté des pratiques policières brutales et illégales – harcèlement, extorsion, arrestations arbitraires et violences, y compris sexuelles, à l'encontre des consommateurs de drogues, des travailleurs et travailleuses du sexe et des personnes LGBT. Ces pratiques contraignent les travailleurs et travailleuses du sexe ainsi que leurs clients, les personnes LGBT et les consommateurs de drogues à se cacher, à éviter les services de santé et/ou à adopter des comportements à risque⁶⁷.

De nombreux témoignages recueillis lors des discussions de groupe et des entretiens ont décrit des pratiques illégales dans le système de santé, comme l'absence de consentement éclairé et de confidentialité (secret médical) ou la pratique du dépistage obligatoire. Les demandes de bakchichs, le paiement de frais élevés et les politiques permettant un traitement discriminatoire des populations clés sont autant de points qui ont souvent été abordés dans les groupes de discussion.

L'application du droit coutumier est largement répandue dans les zones rurales, une situation potentiellement préjudiciable aux droits des femmes et des filles. Certaines traditions culturelles, qui entrent dans le droit coutumier, continuent de dresser des obstacles entravant l'accès aux services anti-VIH pour de nombreuses personnes, notamment les populations clés. Les mutilations sexuelles féminines continuent à poser de graves problèmes dans certaines régions, en particulier dans les zones rurales du nord et du nord-ouest du pays, où plus de 75 % des femmes avaient subi ces pratiques⁶⁸. Parmi les autres pratiques traditionnelles néfastes figurent les meurtres liés à la dot (assassinat d'une épouse sur fond de litige lié à la dot), le levirat (mariage forcé d'une veuve au frère du mari décédé) et le sororat (mariage forcé d'une femme au mari de sa sœur décédée)⁶⁹.

La loi ne sanctionne pas spécifiquement le viol conjugal, de même qu'elle ne proscrie pas non plus les violences domestiques qui sont très répandues dans le pays. Les victimes ne signalent que rarement ces violences en raison de barrières culturelles. La police ignore souvent les femmes qui viennent dénoncer un viol conjugal ou des violences domestiques. Les adolescentes enceintes dont la grossesse est visible se voient refuser l'accès à l'école. Les lois et les politiques discriminatoires selon le genre entraînent un déséquilibre du rapport de force entre les hommes et les femmes, des vulnérabilités liées au genre comme le manque d'autonomie, des inégalités

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ BIT (2017). *Loi du 11 juillet 2014 portant régime de prévention, de protection et répression en matière de lutte contre le VIH et le sida*. Disponible (en ligne) à l'adresse suivante : http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_250391/lang--fr/index.htm [date de consultation : 27 octobre 2017].

⁶⁶ ONUSIDA (2014). *The Gap Report*. Genève : ONUSIDA.

⁶⁷ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *VIH, droits humains et égalité de genre – Note d'information technique*, Genève, 2017.

⁶⁸ Département d'État américain, op.cit.

⁶⁹ Ibid.

dans l'accès aux possibilités éducatives et économiques, et des mariages forcés ou précoces. Tout cela empêche les femmes et les filles de négocier des rapports sexuels à moindre risque, limite leur accès aux soins et les expose au risque de contracter le VIH, avec des conséquences négatives majeures pour la santé publique⁷⁰.

À cause de lois d'une portée excessive criminalisant la transmission du VIH, certaines personnes ont peur de se faire dépister ou d'informer leurs partenaires sexuels de leur statut sérologique. De plus, les personnes maintenues en garde à vue ou incarcérées se voient régulièrement refuser l'accès à des préservatifs, aux mesures de réduction des méfaits et à d'autres formes de prévention du VIH, voire, à certains endroits, à des traitements⁷¹.

Les migrants, en particulier les migrants en situation irrégulière, font face à des obstacles juridiques qui leur bloquent l'accès aux services de santé et n'ont pas les mêmes droits aux soins que les citoyens du pays. L'accès aux services de prévention et de traitement du VIH accessibles aux citoyens leur est refusé⁷².

Début 2017, le nombre de réfugiés et de demandeurs d'asile était estimé à 1604 par le HCR. Par ailleurs, plus de 2,3 millions de personnes ont été déplacées à l'intérieur du pays depuis 2002, parmi lesquelles 300 889 étaient toujours dans cette situation à la mi-2014⁷³. Les cas d'apatridie persistent en Côte d'Ivoire, avec environ 700 000 personnes apatrides, dont 300 000 orphelins non reconnus par la loi et 400 000 migrants historiques et leurs descendants^{74,75}. Les droits aux soins de ces populations sont limités voire inexistantes et ces personnes rencontrent des difficultés pour accéder aux services de santé du pays. Les informations manquent néanmoins concernant les obstacles juridiques spécifiques rencontrés par les migrants et les personnes déplacées pour accéder aux soins.

Obstacles liés aux normes de genre et aux vulnérabilités associées au genre en matière de VIH

Les inégalités de genre sont un autre obstacle important qui limite la capacité à consulter, en particulier pour les femmes et les filles. En effet, les Ivoiriennes continuent à être victimes d'inégalités et de violences fondées sur le genre, bien que celles-ci soient interdites par la législation en vigueur. Des attitudes, croyances et pratiques traditionnelles limitent la possibilité pour les femmes et les filles d'accéder aux services anti-VIH puis de rester dans le système de soins, ce qui accroît la vulnérabilité de cette population face à l'infection.

Dans son rapport, Human Rights Watch a fait état des pratiques et attitudes suivantes : mariages précoces et forcés ; préférence accordée aux garçons par les parents pour suivre une scolarité, en particulier dans les zones rurales ; interdiction d'accès aux établissements scolaires pour les filles enceintes ; exclusion des femmes de l'héritage ; menaces ou violences perpétrées par le mari ou les membres de la famille lorsqu'une femme consulte des services de santé ou de planification familiale ; viol, y compris le viol conjugal qui n'est pas spécifiquement sanctionné par la loi ;

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Human Rights Watch, Côte d'Ivoire, Human Rights Report 2015.

⁷² ONUSIDA (2014). *The Gap Report*. Genève : ONUSIDA.

⁷³ Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), *Côte d'Ivoire - COI Compilation*, 31 août 2017, disponible sur : <http://www.refworld.org/docid/59cc9fb14.html> [date de consultation : 28 octobre 2017].

⁷⁴ Sturm, N. (2018). Reducing statelessness in Côte d'Ivoire one case at a time. HCR. Disponible en ligne sur : <http://www.unhcr.org/afr/news/latest/2016/2/56cef0d79/reducing-statelessness--ivoire-case-time.html> [date de consultation : 28 octobre 2017].

⁷⁵ Département d'État américain, op.cit.

mutilations sexuelles féminines/excision ; pratiques traditionnelles comme les meurtres liés à la dot, le lévirat et le sororat⁷⁶.

En Côte d'Ivoire, nombreuses sont les adolescentes et les jeunes femmes qui n'ont pas leur mot à dire au sujet de soins qui les concernent. Des études ont en outre montré que beaucoup de filles et de jeunes femmes ont eu leur première expérience sexuelle avant l'âge de 15 ans⁷⁷. En raison d'un accès limité à des services de santé sexuelle et procréative conviviaux ou adaptés à leur âge, les adolescentes et les jeunes femmes ne sont pas suffisamment informées pour pouvoir prendre en charge leur santé sexuelle ou réduire certains risques sanitaires comme l'infection par le VIH⁷⁸. Le taux élevé de grossesses observé à Abidjan chez des filles âgées de 15 à 19 ans, séropositives et sous traitement antirétroviral, laisse penser que les besoins des adolescentes en matière de santé sexuelle et procréative ne sont pas satisfaits dans le pays⁷⁹.

Par ailleurs, de nombreuses femmes sont victimes de violences fondées sur le genre. Les travailleuses du sexe sont exposées à des actes de violence sur leur lieu de travail, perpétrés notamment par des clients et des agents de police. De nombreuses adolescentes échangent des faveurs sexuelles contre de l'argent, principalement dans la banlieue d'Abidjan où elles vivent dans une situation financière précaire et doivent souvent subvenir aux besoins de leurs familles. Souvent peu informées sur le VIH et leurs droits, elles sont très exposées aux risques de violence et d'infection, et sont moins à même d'imposer des rapports sexuels protégés à leurs clients. Il n'existe actuellement aucun programme adapté à cette tranche d'âge pour répondre à leurs besoins⁸⁰.

Les discussions de groupe organisées avec des travailleurs et travailleuses du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, et des personnes transgenres rendent compte de la fréquence élevée des violences fondées sur le genre, qu'il s'agisse de violence physique, sexuelle ou verbale. Les femmes qui consomment des drogues déclarent également être victimes de violences sexuelles de la part d'agents de police lors des descentes dans les « ghettos ». De même, des lesbiennes déclarent être victimes d'abus sexuels commis par le personnel de santé lors d'examen gynécologiques.

La violence exercée contre les femmes par des partenaires intimes est aussi un problème de santé majeur en Côte d'Ivoire, dans la mesure où il a été montré que cette violence empêchait les femmes d'exiger de leurs partenaires des rapports protégés ou de recourir à des services de prévention et de traitement du VIH⁸¹.

Interventions existantes, lacunes et insuffisances actuelles et démarche globale suggérée

Cette section résume les programmes existants ou récents qui ont été mis en œuvre en Côte d'Ivoire pour éliminer les obstacles liés aux droits humains entravant l'accès aux services. Elle synthétise également des propositions d'éléments constituant un programme complet basé sur

⁷⁶ Human Rights Watch, Côte d'Ivoire, Human Rights Report 2015.

⁷⁷ ONUSIDA (2014). *The Gap Report*. Genève : ONUSIDA.

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Arikawa, S., Eboua, T., Kouakou, K. et coll. (2016). Pregnancy incidence and associated factors among HIV-infected female adolescents in HIV care in urban Côte d'Ivoire, 2009–2013. *Global Health Action*, 9(1), p. 31622.

⁸⁰ Analyse situationnelle des facteurs de vulnérabilité socioéconomiques des jeunes filles victimes d'exploitation sexuelle face au VIH/sida, de leur accès aux services de santé de la reproduction et au planning familial dans le cadre de la mise en œuvre du Programme du Fonds mondial VIH Volet communautaire, MSLS, 2016.

⁸¹ ONUSIDA (2017). *Faire face à la discrimination – Surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les établissements de santé et ailleurs*. Genève : ONUSIDA.

les sept domaines programmatiques exposés dans la *Note d'information technique – VIH, droits humains et égalité de genre* du Fonds mondial⁸².

Les sept domaines programmatiques sont les suivants :

DP n° 1 : Programmes visant à réduire le rejet social et la discrimination liés au VIH

DP n° 2 : Programmes de formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale liée au VIH

DP n° 3 : Programmes de sensibilisation des législateurs et des forces de l'ordre

DP n° 4 : Programmes d'éducation juridique (« connaître ses droits »)

DP n° 5 : Programmes pour la fourniture de services juridiques liés au VIH

DP n° 6 : Programmes pour le contrôle et la réforme des lois, règlements et politiques liés au VIH

DP n° 7 : Programmes de réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH

DP n° 1 : Programmes visant à réduire le rejet social et la discrimination à l'égard des populations clés et vulnérables

Interventions existantes

Le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) a été mis en place en 2014 pour coordonner la riposte au VIH dans le pays. Le service responsable des populations clés au sein du PNLS est chargé de faire reculer la stigmatisation et de diffuser des informations auprès des populations clés et vulnérables. Le PNLS est le récipiendaire principal (RP) gouvernemental et *Alliance Côte d'Ivoire* (Alliance CI) est l'ONG récipiendaire principale des subventions du Fonds mondial consacrées à la lutte contre le VIH. *Alliance CI* gère toutes les interventions financées par le Fonds mondial s'adressant aux populations clés à l'échelle communautaire.

Les programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés et vulnérables s'appuient principalement sur l'outil « Look In Look Out Connect » (LILO) élaboré par l'Alliance internationale contre le VIH/sida. La mise en œuvre du programme LILO a débuté en 2015 en Côte d'Ivoire dans le but de modifier la perception négative des personnes LGBT, du commerce du sexe et de la consommation de drogues dans la population. Les participants au stage de 3 jours ont reçu des informations sur le VIH et entendu les témoignages de personnes appartenant à des populations clés. Un vivier d'une dizaine de formateurs, principalement des personnels d'ONG et des membres des populations clés, a été mis en place. Les interventions du programmes LILO ciblent : les populations clés afin de réduire la stigmatisation dont souffrent ces populations et que celles-ci finissent elles-mêmes par interioriser ; les professionnels de santé ; les forces de police ; les médias ; les membres du Parlement ; les juristes ; les chefs religieux ; les institutions (organismes publics et ONG) qui travaillent avec les populations clés. Au vu du rôle important joué par les chefs religieux dans la vie des communautés, *Alliance CI* est en train d'élaborer, en collaboration avec l'Association des chefs religieux, un guide à leur intention portant sur les manières d'aider les populations clés.

En 2016, *Alliance CI* a réalisé la première étude de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH dans le pays, dont les résultats ont été utilisés pour élaborer des stratégies visant à faire reculer la stigmatisation et les discriminations subies par ces personnes. Une fois les

⁸² Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Note d'information technique – VIH, droits humains et égalité de genre*, Genève, 2017.

résultats de l'étude connus, une vaste campagne médiatique a été lancée en décembre 2017 sur ce thème.

Un travail est également mené au sein des communautés par des ONG d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, de travailleurs et travailleuses du sexe et de consommateurs de drogues comme *Espace Confiance*, *Ruban Rouge CI*, *ASD à Divo*, *SAPHARM*, *DED à Toulépleu*, *IDE Afrique*, *IDEAL à Korhogo*, *IDEAL à Boundiali*, *BLETY à Odienné* et *ASAL à Tengrela*, *La Fontaine*, *Anonyme*, *Parole autour de la santé*, *Foyer du bonheur* ou *La Relève*. Ces ONG gèrent des programmes d'éducation par des pairs et des groupes d'entraide dont l'objectif est de renforcer les connaissances des individus ainsi que leur capacité à surmonter l'auto-stigmatisation et à faire face à la stigmatisation et à la discrimination. Les programmes d'éducation par des pairs regroupent environ 350 éducateurs (TS, HSH et CD) et couvrent toutes les régions sanitaires de Côte d'Ivoire, avec une concentration particulière autour des zones à forte prévalence.

Le sous-réципиendaire des subventions du Fonds mondial pour le travail sur les populations clés, Heartland Alliance International Côte d'Ivoire (HAI CI), a également organisé des séances de sensibilisation et de plaidoyer auprès du personnel médical et de chefs religieux sur la diversité du genre. L'ONG organise également au sein des communautés des débats sur le thème des violences fondées sur le genre exercées contre les femmes, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les travailleurs et travailleuses du sexe, qui réunissent des membres de conseils de village, des membres de mouvements de jeunes et de femmes, des enseignants et des chefs religieux.

Activité	Résumé	Échelle	Budget (USD)	Lieu	Maître d'œuvre
Mobilisation et éducation des communautés sur la stigmatisation et la discrimination	Des informations sur la stigmatisation et la discrimination sont données aux populations clés dans les structures (fixes et mobiles) de conseil et de dépistage du VIH, lors des activités de sensibilisation menée par des éducateurs pour leurs pairs et dans le cadre des groupes de soutien pour les PVVIH. Les activités de mobilisation visent également l'ensemble de la communauté afin de sensibiliser aux droits des populations clés et aux moyens pour faire	1836 personnes sensibilisées aux droits humains des populations clés au cours de séances de mobilisation et de communication visant à faire changer les comportements et dans les structures de dépistage du VIH	10 449	Alépé Adiaké Bassam	Espace Confiance
		Non disponible	Non disponible	Treichville–Marecory Koumassi–Port-Bouët–Vridi Yopougon–Ouest–Songon	Espace Confiance

reculer la stigmatisation et la discrimination à leur égard.			Dabou	
	1152 personnes sensibilisées aux droits humains des populations clés au cours de séances de mobilisation et de communication visant à faire changer les comportements et dans les structures de dépistage du VIH	6 598	Adzopé Agboville	Ruban Rouge CI
	Non disponible	Non disponible	Yopougon-Est	Ruban Rouge CI
	6062 personnes sensibilisées aux droits humains des populations clés au cours de séances de mobilisation et de communication visant à faire changer les comportements et dans les structures de dépistage du VIH	6 062	Divo	ASD Divo
	771 personnes sensibilisées aux droits humains des populations clés au cours de séances de mobilisation et de communication visant à faire changer les comportements et dans les structures de dépistage du VIH	6 755	Séguéla	SAPHARM
	319 personnes sensibilisées aux droits humains des populations clés au cours de séances de mobilisation et de communication visant	3 115	Toulépleu	DED Toulépleu

	à faire changer les comportements et dans les structures de dépistage du VIH			
	1457 personnes sensibilisées aux droits humains des populations clés au cours de séances de mobilisation et de communication visant à faire changer les comportements et dans les structures de dépistage du VIH	8 204	Bangolo Danané Biankouma	IDE Afrique
	Non disponible	Non disponible	Man Bangolo	IDE Afrique
	881 personnes sensibilisées aux droits humains des populations clés au cours de séances de mobilisation et de communication visant à faire changer les comportements et dans les structures de dépistage du VIH	5 107	Korhogo	IDEAL Korhogo
	568 personnes sensibilisées aux droits humains des populations clés au cours de séances de mobilisation et de communication visant à faire changer les comportements et dans les structures de dépistage du VIH	4 064	Boundiali	IDEAL Boundiali
	301 personnes sensibilisées aux droits humains des populations clés au cours de séances de mobilisation et de communication visant à faire changer les comportements et dans les structures de dépistage du VIH	3 097	Odienné	BLETY Odienné
	Non disponible	Non disponible	Yopougon-Est	BLETY Odienné

		277 personnes sensibilisées aux droits humains des populations clés au cours de séances de mobilisation et de communication visant à faire changer les comportements et dans les structures de dépistage du VIH	2 936	Tengrela	ASAL Tengrela
--	--	---	-------	----------	---------------

En 2016, le montant total consacré à des programmes visant à faire reculer la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés et vulnérables s'est élevé à 56 387 USD.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

L'évaluation des interventions LILO a mis en évidence que les personnes qui y avaient participé ressentait une meilleure acceptation et un engagement accru envers les populations clés ainsi qu'un renforcement de l'estime de soi chez les personnes appartenant à ces populations⁸³. Au niveau familial et communautaire, les interventions ont principalement permis de renouer le dialogue au sein des familles et donné le sentiment d'être mieux préparé pour faire face à l'adversité⁸⁴. Au niveau institutionnel, là où les dirigeants (direction et conseil d'administration) d'une organisation entière peuvent engager des changements d'orientation dans leur institution après avoir participé au programme, les interventions LILO ont fait émerger une volonté plus forte de s'attaquer aux principaux problèmes des populations clés. On a par ailleurs constaté certains changements pratiques comme, par exemple, une évolution du vocabulaire utilisé par les employés d'ONG⁸⁵. L'évaluation purement qualitative était basée sur 15 entretiens avec des informateurs clés et une discussion de groupe avec des représentants des populations clés et d'ONG actives auprès de ces populations, des personnels de santé, des chefs religieux et des représentants des bénéficiaires principaux de la subvention du Fonds mondial. Même si l'évaluation s'est davantage attachée à documenter les effets positifs du programme LILO plutôt qu'à en déterminer les insuffisances, les parties prenantes interrogées lors de la collecte des données pour l'étude de référence ont également confirmé qu'il fallait selon elles répéter ce programme.

La principale lacune des interventions LILO est leur effet limité sur certains acteurs. Au cours des discussions de groupe, certains hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont fait remarquer que la formation n'avait clairement aucun effet sur les chefs religieux, dont les attitudes de rejet demeurent très fortes. Par ailleurs, une fois les interventions terminées, aucun suivi n'est effectué pour en déterminer l'impact et décider d'une réorientation éventuelle du programme.

Bien que le programme LILO soit relativement nouveau dans le pays (sa mise en œuvre a commencé en 2015), le soutien général dont il jouit auprès des parties concernées offre l'occasion de tirer parti d'une intervention existante et acceptée pour continuer à renforcer les interventions qui visent à réduire la stigmatisation et la discrimination envers les populations clés. Le programme devrait être repensé de manière à devenir un processus de formation plus global,

⁸³ Alliance CI et KP Connect (2017). *LILO CONNECT en Côte d'Ivoire – Rapport d'impact – Comment LILO Connect contribue à réduire la stigmatisation et la discrimination envers les populations clés en Côte d'Ivoire*. Abidjan.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Ibid.

plutôt qu'une intervention ponctuelle, afin de garantir un changement effectif des comportements. Un mécanisme formel de suivi de son impact au niveau des institutions qui y participent permettrait de réexaminer régulièrement et, si nécessaire, de réorienter le programme. Il faudrait également étoffer le vivier de formateurs afin qu'un nombre plus important de formateurs issus des populations visées puissent mener les sessions. Ainsi, par exemple, des chefs religieux animeraient eux-mêmes des sessions pour d'autres chefs religieux en adaptant la formation aux spécificités de leurs homologues, ce qui pourrait augmenter l'impact du programme. En fonction des besoins, des séances de dialogue communautaire avec différentes parties prenantes pourraient également être intégrées dans l'intervention afin de multiplier les débats et les échanges sur les rôles de chaque partie.

Le programme redéfini devrait ensuite être élargi aux 35 districts sanitaires suivants dans la première phase : Séguéla, Korhogo, Ferkessédougou, Toulépleu, Odienné, Bangolo, Biankouma, Dadané, Agboville, Adzopé, Alépé, Adiaké, Grand-Bassam, Aboisso, Boundiali, Tengrela, Divo, San Pedro, Gagnoa, Yamoussoukro et les 12 districts sanitaires de la région d'Abidjan, ainsi que les 3 districts sanitaires de Bouaké. Au bout de cinq ans, au moins 60 des 79 districts sanitaires du pays devraient être couverts par le programme, en ciblant les institutions et les parties concernées par le problème de la stigmatisation et de la discrimination envers les populations clés.

En ce qui concerne les programmes d'éducation par des pairs, la principale lacune identifiée est l'absence d'une formation complète sur les droits humains dispensée à tous les éducateurs. Seuls 24 éducateurs associés au projet de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida (voir le DP n° 5) ont reçu une formation sur la manière de repérer des violations des droits humains et sur la marche à suivre pour signaler ces violations à l'observatoire. D'autres éducateurs ont une connaissance limitée des problèmes de droits humains propres à leur population cible. Leur formation devrait être renforcée afin que tous les éducateurs bénéficient d'une formation complète sur les droits et les connaissances acquises devraient être évaluées à la fin de chaque session de formation et/ou de remise à niveau. Il faudrait en outre veiller à ce qu'un système de supervision adapté soit mis en place pour évaluer l'éducation dispensée par les éducateurs à leurs pairs sur la stigmatisation et la discrimination. Un des objectifs de cette forme d'éducation par des pairs devrait être la réduction de la stigmatisation et de la discrimination envers et entre les populations clés.

La mise en place d'instances consultatives communautaires (ICC) pour les principaux prestataires de services de lutte contre le VIH permettrait de s'assurer que les problèmes de stigmatisation et de discrimination sont abordés à travers un dialogue avec les populations clés auxquels s'adressent ces services. Ces instances fonctionneraient de la même manière que les 43 comités VFG placés sous l'égide du ministère de la Femme, de la Protection de l'enfant et de la Solidarité. Ces comités se réunissent une fois par mois pour coordonner toutes les initiatives de lutte contre la violence fondée sur le genre au niveau régional. Les membres des comités de coordination sont des intervenants essentiels issus des milieux médical, religieux, juridique et policier, ainsi que des représentants des ONG qui travaillent avec les populations clés. Les victimes de violences fondées sur le genre sont orientées vers des services de traitement et d'appui médico-social adaptés, et bénéficient si nécessaire de conseils juridiques et d'une représentation en justice. Les instances consultatives communautaires, composées d'acteurs clés des milieux concernés, se réuniraient une fois par trimestre dans chaque district sanitaire couvert par le programme LILO.

Pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont les populations clés sont victimes, il est essentiel de renforcer la capacité des membres de ces populations à défendre leur cause et à participer aux réunions des instances consultatives communautaires. À l'heure actuelle, les

populations clés sont principalement représentées par les ONG qui œuvrent auprès d'elles. Une formation complète dispensée à un groupe de personnes issues de ces populations – travailleurs et travailleuses du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes transgenres et PVVIH – devrait donner à ces personnes les moyens de devenir des porte-parole, grâce à un cursus de formation qui commencerait par un cours préparatoire portant sur les droits humains, le VIH et la tuberculose, la stigmatisation et la discrimination, et d'autres sujets s'y rapportant. Les personnes formées développeraient peu à peu des compétences grâce à des cours sur l'estime de soi, la prise de parole en public, la transformation sociale et d'autres sujets utiles dans le contexte local.

Enfin, une mesure de l'indice de stigmatisation des PVVIH devrait être réalisée tous les trois ans.

DP n° 2 : Programmes de formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale liée au VIH

Interventions existantes

Il n'existe aucun programme de formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale liée au VIH. Cette formation est dispensée dans le cadre d'interventions LILO. Les formateurs formés par *Alliance CI* ont organisé des sessions LILO spécifiquement destinées au personnel des centres médicaux spécialisés, et ont formé au moins trois référents dans les hôpitaux publics vers lesquels les ONG orientent des patients. Le principal sous-récepteur de la subvention du Fonds mondial consacrée aux populations clés, HAI CI, a testé un projet dans trois centres de santé publics, où l'organisation a sensibilisé des professionnels de santé à la « diversité du genre » avant d'orienter des HSH vers les structures dans lesquelles des personnels avaient été formés. HAI CI ensuite mesuré le degré de satisfaction des HSH dirigés vers ces établissements pour y recevoir des soins médicaux. Ceux-ci se sont dits très satisfaits de la qualité des services ainsi que de l'attitude et du comportement des personnels de santé à leur égard. Suite à la réussite du projet pilote, l'ONG a étendu ce modèle en formant 46 professionnels de santé dans 17 districts sanitaires dépourvus de centres spécialisés. Afin d'améliorer l'accès aux services, un petit nombre de centres gérés par des ONG ont été dotés du matériel nécessaire pour diagnostiquer et traiter les IST chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Activité	Résumé	Échelle	Budget (USD)	Lieu	Maître d'œuvre
Formation du personnel soignant	Formation du personnel soignant	763 prestataires de soins formés sur les droits humains des HSH et des TS	12 115	Non disponible	Espace Confiance

En 2016, le montant total consacré aux programmes de formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale liée au VIH s'est élevé à 12 115 USD (en plus du coût des interventions LILO qui entrent dans le DP n° 1).

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Le problème principal réside dans le fait que la formation des professionnels de santé repose essentiellement sur l'approche LILO et/ou des approches similaires, dont le seul but est de réduire la stigmatisation et la discrimination envers les populations clés. Par conséquent, les autres

éléments portant sur les droits humains et l'éthique ne sont pas traités de manière approfondie. Des modules spécifiques sur les droits humains et l'éthique en rapport avec le VIH doivent être mis au point et intégrés dans la formation des médecins et du personnel infirmier, dans les deux facultés de médecine et les trois instituts de formation en soins infirmiers du pays. Les programmes d'enseignement aborderaient notamment les droits humains et l'éthique, les attitudes et les pratiques, les règles en matière de consentement éclairé, le secret médical et le respect de la vie privée, les soins centrés sur le patient, les droits des patients et des soignants, ainsi que la participation effective des patients et du personnel médical à la prise des décisions concernant la prise en charge. Ces programmes d'enseignement devraient inclure des contenus pertinents sur les mêmes sujets s'agissant de la tuberculose.

Lorsque la formation LILO s'adresse à des professionnels de santé, le contenu doit être adapté et inclure également les thèmes suivants : la violence fondée sur le genre et la prise en charge clinique des victimes de viol et de violence, le rôle du médecin dans la promotion de la santé sexuelle, de la santé mentale et de la réduction des méfaits liés à la drogue, les lois et politiques protectrices ou qui entravent l'accès aux soins.

La formation des professionnels de santé déjà en poste dans les structures médicales devrait être basée sur les nouveaux modules de formation et être dispensée dans les 35 districts sanitaires suivants : Séguéla, Korhogo, Ferkessédougou, Toulépleu, Odienné, Bangolo, Biankouma, Dadané, Agboville, Adzopé, Alépé, Adiaké, Grand-Bassam, Aboisso, Boundiali, Tengrela, Divo, San Pedro, Gagnoa, Yamoussoukro et les 12 districts sanitaires de la région d'Abidjan, ainsi que les 3 districts sanitaires de Bouaké.

DP n° 3 : Programmes de sensibilisation des législateurs et des forces de l'ordre

Interventions existantes

Créée en 1987, la Ligue ivoirienne des droits de l'homme contribue depuis 2016 aux programmes sur le VIH, les droits humains et la violence fondée sur le genre à travers le projet régional OCAL (Organisation du Corridor Abidjan-Lagos) financé par le Fonds mondial. Depuis 2017, elle s'implique également dans la branche locale d'ENDA Santé au sein de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida dans les régions de Bouaké et d'Abidjan. Ce projet est détaillé dans la section traitant du domaine programmatique n° 5. La LIDHO et ENDA Santé ont mené des activités de sensibilisation auprès des forces de l'ordre, en particulier à l'école de police où 200 policiers ont participé à un séminaire de 2 jours sur le VIH et les droits humains, dont une journée était consacrée à des activités de loisirs en compagnie de membres des populations clés afin d'amener les policiers à revoir leurs préjugés sur ces populations.

Par ailleurs, 24 agents de police désignés pour être les référents du projet dans 12 postes de police de la région sud d'Abidjan et 10 autres agents désignés pour exercer cette même fonction à Bouaké ont suivi une formation de 2 jours sur le VIH et les droits humains. La principale responsabilité ces 34 référents est d'améliorer l'accès des populations clés aux services de police en cas d'atteintes aux droits humains les concernant. Si une personne appartenant à une population clé est amenée au poste de police, le référent doit s'assurer que les droits de cette personne ont été respectés et qu'elle n'a pas été victime d'abus – p. ex. qu'il ne s'agit pas d'une arrestation arbitraire. Ils sont également chargés de veiller à ce que les membres des populations clés qui ont besoin de l'aide de la police (p. ex. dans le cas d'un viol perpétré sur une travailleuse du sexe) puissent accéder facilement à ce service sans avoir à subir stigmatisation et discrimination. Dans le cadre de discussions de groupe, des travailleuses du sexe ont indiqué que ce programme était

une réussite dans la mesure où les référents négociaient leur libération lorsqu'elles se retrouvaient placées injustement en détention dans un poste de police.

Après l'attaque perpétrée en 2014 contre les locaux d'Alternative CI, une organisation LGBT d'Abidjan, les victimes de violence n'ont pu trouver aucun avocat pour les défendre. La LIDHO a donc décidé de constituer un vivier d'avocats bienveillants qu'elle a formés, afin que les membres des populations clés victimes d'atteintes à leurs droits fondamentaux puissent bénéficier d'un soutien juridique. Ces 16 avocats ont créé un réseau qui propose actuellement des services juridiques gratuits aux membres de populations clés qui vont devant des tribunaux pour des cas de violations de leurs droits fondamentaux. Trois affaires de ce type sont actuellement examinées par la justice en Côte d'Ivoire. Seul un petit nombre d'affaires sont portées devant la justice, car les personnes concernées ont peur de s'exposer à l'occasion d'un procès.

La LIDHO, assistée au besoin par le réseau d'avocats, est intervenue à de nombreuses reprises en tant que médiateur, notamment pour négocier la libération de personnes issues de populations clés arrêtées arbitrairement ou lorsque la police dépassait la durée légale de la garde à vue. La LIDHO a reconnu que tous les avocats formés n'étaient pas actifs, principalement à cause du faible nombre d'affaires portées devant les tribunaux et des budgets limités disponibles pour couvrir les frais (transport, documents administratifs) des avocats, ce qui réduit le champ d'action de ces derniers à la ville d'Abidjan et ses environs.

Activité	Résumé	Échelle	Budget (USD)	Lieu	Maître d'œuvre
Sensibilisation et formation d'agents des forces de l'ordre à la problématique du VIH et aux droits humains	Sensibilisation et formation d'agents des forces de l'ordre à la problématique du VIH et aux droits humains	25 agents des forces de l'ordre sensibilisés et formés à la problématique du VIH et aux droits humains	8 345	Abidjan	LIDHO
		763 agents des forces de l'ordre sensibilisés à la problématique du VIH et aux droits humains	12 115	Non disponible	Espace Confiance

En 2016, le montant total consacré aux programmes de sensibilisation des législateurs et des forces de l'ordre s'est élevé à 20 460 USD.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Le rapport d'activité 2017 de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida, élaboré par ENDA Santé et toutes les parties prenantes de l'observatoire, énonce les recommandations suivantes : augmenter les budgets alloués à la rémunération des éducateurs pour les pairs et aux indemnités de communication ; proposer des formations de remise à niveau aux éducateurs pour les pairs et renforcer leurs connaissances des droits humains ; organiser des visites distinctes sur le terrain pour les activités de documentation et pour les activités de sensibilisation et de formation ; revoir les outils de signalement des violations des droits humains⁸⁶.

⁸⁶ ENDA Santé (2017). *Observatoire des violations des droits humains en Côte d'Ivoire – Rapport d'activités (version préliminaire)*.

Par ailleurs, la méthode de sensibilisation utilisée à l'école de police devrait être réexaminée en vue, d'une part, de réduire éventuellement le nombre de participants par session pour encourager une plus grande interaction et une participation accrue des intervenants issus des populations clés, et d'autre part, d'intégrer à la méthode un dispositif d'évaluation formel afin de mesurer les changements intervenus dans le degré de stigmatisation et de discrimination des populations clés.

Selon les parties prenantes interrogées, la mise en place de référents dans les postes de police a été une réussite. Cependant, comme les agents de police référents ont été désignés pour participer au programme, cela a créé des disparités dans la participation avec, d'un côté, des agents très impliqués dans ce travail, et de l'autre, des agents absolument pas concernés. Ce programme faisant partie des rares programmes existants dont les populations clés estiment qu'il a un effet positif direct sur leurs relations avec des forces de l'ordre généralement répressives, il devrait être renforcé et étendu. Durant la formation, l'accent devrait être mis davantage sur la stigmatisation, la discrimination et le dialogue avec les populations clés pour faire en sorte que les policiers qui ont une perception négative de ces populations aient l'occasion de s'exprimer et d'être exposés à la méthode LILO. Un système visant à évaluer l'adhésion des référents à une approche caractérisée par l'absence de jugement de valeur devrait être mis en place.

Pour ce qui est de l'élargissement du programme, ce point devrait être associé au plaidoyer actuel en faveur de l'intégration d'un module sur les droits humains et les populations vulnérables dans le programme officiel de formation des agents de police. Le programme élargi devrait couvrir tous les postes de police des zones connues pour être très fréquentées par des populations clés dans les 35 districts sanitaires suivants : Séguéla, Korhogo, Ferkessedougou, Toulépleu, Odienné, Bangolo, Biankouma, Dadané, Agboville, Adzopé, Alépé, Adiaké, Grand-Bassam, Aboisso, Boundiali, Tengrela, Divo, San Pedro, Gagnoa, Yamoussoukro et les 12 districts sanitaires de la région d'Abidjan, ainsi que les 3 districts sanitaires de Bouaké. Des stratégies visant à intégrer des agents de la brigade mondaine dans le programme – brigade responsable de la plupart des violations des droits des populations clés – pourraient être envisagées afin de réduire les violences exercées contre ces populations.

Il faudrait étoffer le vivier d'avocats bienveillants à l'égard des populations clés et prévoir des budgets pour couvrir leurs frais administratifs et leur régler des honoraires pour les services juridiques assurés. La formation et la sensibilisation dans ce domaine devraient s'adresser également au personnel pénitentiaire, aux membres de la sous-commission « droits civils » de la CNDHCI et aux membres du Parlement.

Vu le peu d'informations disponibles concernant l'univers pénitentiaire, une évaluation de la qualité et de l'accessibilité des services de lutte contre le VIH et la tuberculose en milieu carcéral devrait être menée. Dans une première phase, l'évaluation concernerait la MACA et serait suivie d'un travail avec le personnel médical pénitentiaire et d'autres personnels concernés sur le suivi, l'accompagnement et la promotion de possibles mesures visant à garantir le droit des détenus à la santé. L'évaluation et la formation qui s'ensuit seraient ensuite étendues à l'ensemble des 34 centres de détention du pays, répartis dans les régions d'Abengourou, d'Aboisso, d'Adzopé, d'Agboville, de Bassam, de Bondoukou, de Bouaflé, de Bouaké, de Dabou, de Daloa, de Dimbokro, de Divo, de Gagnoa, de Katiola, de Korhogo, de Man, d'Oumé, de Sassandra, de Soubré, de Tiassalé et de Toumodi.

DP n° 4 : Programmes d'éducation juridique (« connaître ses droits »)

Interventions existantes

Les programmes destinés à promouvoir l'éducation juridique sont principalement des programmes d'éducation par les pairs mis en œuvre dans tout le pays. Les éducateurs – hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, travailleurs et travailleuses du sexe, consommateurs de drogues et PVVIH – sont chargés : d'informer les populations clés sur leurs droits dans le cadre la prévention habituelle du VIH ; de mener des activités d'orientation ; d'organiser des débats de sensibilisation aux violences fondées sur le genre ; de mener des interventions portant sur la santé positive, la dignité et la prévention, en tête-à-tête ou en groupe.

Ces sessions sont organisées par différentes ONG – Espace Confiance, Ruban Rouge CI, ASD à Divo, SAPHARM, DED à Toulépleu, IDE Afrique, IDEAL à Korhogo, IDEAL à Boundiali, BLETY à Odienné et ASAL à Tengrela, La Fontaine, Anonyme, Parole autour de la santé, Foyer du bonheur, La Relève et RIP+, le Réseau ivoirien des organisations de personnes vivant avec le VIH/sida. La couverture de ces programmes est nationale.

En 2015-2016, une brochure a été élaborée pour les populations clés et les PVVIH portant sur leurs droits et leurs responsabilités. Elle aborde, d'une part, les responsabilités des personnes concernées, et d'autre part, leurs droits dans plusieurs domaines – santé, vie familiale, éducation, assurance, travail, voyages – ainsi que les mécanismes juridiques à disposition en cas de violation de ces droits. Le but premier de cette brochure est de répondre aux questions que se posent les populations clés et les PVVIH concernant leurs droits afin permettre à celles-ci de vivre dans une société sans stigmatisation ni discrimination. Il s'agit d'un guide complet, très utile aux ONG, mais jugé inadapté aux populations clés pour ce qui est de son format et du niveau de langue utilisé. Avec ses 54 pages, le document n'est ni discret, ni facile à transporter. Rédigé en français, il n'est traduit dans aucune langue locale.

Activité	Résumé	Échelle	Budget (USD)	Lieu	Maître d'œuvre
Renforcement des moyens d'action des populations clés par rapport à leurs droits	Le renforcement des moyens d'action des populations clés (TS et HSH essentiellement pour ces maîtres d'œuvre) par rapport à leurs droits se fait à l'occasion d'activités de formation menées par des pairs et dans le cadre de groupes de soutien au PVVIH appartenant à	1722 membres de populations clés (HSH et TS) formés sur leurs droits	9 802	Alépé Adiaké Bassam	Espace Confiance
		Non disponible	Non disponible	Treichville–Marcory Koumassi–Port-Bouët–Vridi Yopougon-Ouest–Songon Dabou	Espace Confiance
		1083 membres de populations clés (HSH et TS) outillés pour défendre leurs droits	6 204	Adzopé Agboville	Ruban Rouge CI

ces popula- tions.	Non disponible	Non disponible	Yopougon-Est	Ruban Rouge CI
	585 membres de populations clés (HSH et TS) outillés pour défendre leurs droits	5 682	Divo	ASD Divo
	681 membres de populations clés (HSH et TS) outillés pour défendre leurs droits	5 967	Séguéla	SAPHARM
	306 membres de populations clés (HSH et TS) outillés pour défendre leurs droits	2 984	Toulépleu	DED Toulépleu
	1 387 membres de populations clés (HSH et TS) outillés pour défendre leurs droits	7 810	Bangolo Danané Biankouma	IDE Afrique
	Non disponible	Non disponible	Man Bangolo	IDE Afrique
	836 membres de populations clés (HSH et TS) outillés pour défendre leurs droits	4 844	Korhogo	IDEAL Korhogo
	516 membres de populations clés (HSH et TS) outillés pour défendre leurs droits	3 689	Boundiali	IDEAL Boundiali
	250 membres de populations clés (HSH et TS) outillés pour défendre leurs droits	2 572	Odienné	BLETY Odienné
	Non disponible	Non disponible	Yopougon-Est	BLETY Odienné

		268 membres de populations clés (HSH et TS) outillés pour défendre leurs droits	2 843	Tengrela	ASAL Tengrela
Renforcement de l'éducation juridique dans des institutions	Des séances d'information sur les droits des consommateurs de drogues ont été organisées avec diverses institutions.	Les connaissances et les capacités de 4158 personnes issues d'institutions diverses ont été renforcées concernant l'éducation juridique des populations clés.	35 977	Abidjan	Médecins du Monde
Mobilisation et éducation des populations clés au niveau communautaire sur le thème « connaître ses droits »	Des informations visant à « connaître ses droits » sont données dans le cadre des séances sur la prévention du VIH, des séances de conseil qui précèdent et suivent un test de dépistage, et lors de visites effectuées au domicile de personnes testées positives appartenant à des populations clés.	11 842 HSH ont été sensibilisés à leurs droits.	75 217	Treichville–Marcory Koumassi–Port-Bouët–Vridi Yopougon-Ouest–Songon Dabou	Espace Confiance
	Renforcer la capacité de membres d'organisations de lutte contre le VIH/sida à défendre les	Non disponible	12 046	Alépé Adiaké Bassam	Espace Confiance

	droits humains des HSH				
	Des informations visant à « connaître ses droits » sont communiquées à l'occasion d'interventions destinées à faire changer les comportements (CCC), dans le cadre du dépistage du VIH et au sein de groupes de soutien aux consommateurs de drogues.	3691 consommateurs de drogues ont été informés de leurs droits.	28 901	Abidjan	Médecins du Monde
	Des informations visant à « connaître ses droits » sont données dans le cadre des séances sur la prévention du VIH, des séances de conseil qui précèdent et suivent un test de dépistage, et lors de visites effectuées au domicile de personnes testées positives appartenant à :	7 342 HSH ont été sensibilisés à leurs droits.	28 428	Yamoussoukro Divo Bouaflé Daloa Issia Oumé Sinfra Abengourou Bondoukou Tanda Bongouanou	Alternative CI

	nant à des populations clés.				
	Les activités d'ONG d'HSH implantées à l'intérieur du pays sont supervisées dans le cadre d'un accompagnement afin d'assurer le bon déroulement de ces activités. Des SMS sont envoyés à tous les HSH afin de les sensibiliser à la problématique du VIH et des droits humains. De plus, les organisations de populations clés peuvent partager leurs expériences à l'occasion de réunions d'un comité de coordination axées le VIH et les droits humains.	10 ONG d'HSH ont été soutenues pour informer les HSH sur leurs droits	6 524	Non disponible	Alternative CI

	Des informations visant à « connaître ses droits » sont données dans le cadre des séances sur la prévention du VIH, des séances de conseil qui précèdent et suivent un test de dépistage, et lors de visites effectuées au domicile de personnes testées positives appartenant à des populations clés.	1517 HSH ont été sensibilisés à leurs droits.	22 016	Non disponible	Alternative CI
--	--	---	--------	----------------	----------------

En 2016, le montant total consacré à des programmes visant à promouvoir l'éducation juridique dans les populations clés s'est élevé à 261 506 USD.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Les entretiens et les discussions de groupe ont montré que les populations clés connaissent peu leurs droits. La principale lacune des programmes « connaître ses droits » réside dans le caractère incomplet et non standardisé de leur mise en œuvre. Ces programmes principalement axés sur la loi relative au VIH devraient être étendus aux droits des populations clés (y compris les droits en rapport avec la violence fondée sur le genre et le droit à la santé). La formation des éducateurs pour les pairs pourrait être renforcée de manière à couvrir tous ces aspects et des indicateurs spécifiques pourraient être élaborés pour mesurer jusqu'à quel point ces programmes donnent effectivement aux communautés les moyens de faire valoir leurs droits. Cette formation complète devrait être dispensée aux 350 éducateurs issus des populations clés (TS, HSH, CD) et aux autres acteurs communautaires concernés du programme santé positive, dignité et prévention destiné aux PVVIH. Tous les supports de communication produits pour promouvoir l'éducation juridique devraient être adaptés aux besoins et aux spécificités de la population clé visée.

Une autre stratégie pour traiter spécifiquement la question du harcèlement et des abus policiers consiste à désigner des éducateurs (TS, HSH) pour accompagner leurs pairs détenus par la police et leur apprendre comment défendre leurs droits. Une telle action aurait pour but de donner à ces populations les moyens de faire face à des situations concrètes d'intimidation et d'extorsion. Outre la formation mentionnée ci-dessus, ce programme nécessiterait d'établir un protocole de sécurité et devrait associer le réseau d'avocats afin que les personnes concernées puissent au besoin bénéficier d'un appui juridique dans les postes de police. Un programme complet pourrait s'intéresser d'abord aux lieux connus de commerce du sexe à Abidjan (877 sites), Bouaké

(82 sites) et San Pedro (35 sites), et aux lieux de rencontres des HSH à Abidjan, Agboville, Bouaké, Gagnoa et Yamoussoukro. Le programme serait ensuite étendu à tous les lieux connus pour être fréquentés par des populations clés dans les 17 districts sanitaires suivants : Séguéla, Korhogo, Ferkessédougou, Toulépleu, Odienné, Bangolo, Biankouma, Dadané, Adzopé, Alépé, Adiaké, Grand-Bassam, Aboisso, Boundiali, Tengrela, Divo et San Pedro.

DP n° 5 : Services juridiques associés au VIH

Interventions existantes

Diverses institutions, telles que les ONG Espace Confiance, Ruban Rouge CI, ASD à Divo, SAPHARM, DED à Toulépleu, IDE Afrique, IDEAL à Korhogo, IDEAL à Boundiali, BLETY à Odienné et ASAL à Tengrela, La Fontaine, Anonyme, Parole autour de la santé, Foyer du bonheur, La Relève et RIP+, dispensent des conseils juridiques aux populations clés dans le cadre de séances de sensibilisation. Ces ONG collaborent avec des associations spécialisées dans le domaine juridique, comme la LIDHO et l'Association des femmes juristes de Côte d'Ivoire (AFJCI). Ces séances de groupe portent soit sur le VIH et les droits des PVVIH, soit sur un autre sujet lié aux droits humains comme la violence fondée sur le genre. Elles sont suivies par des entrevues en tête-à-tête au cours desquelles les participants peuvent bénéficier en toute confidentialité de conseils juridiques et se faire orienter vers des services compétents. Les budgets consacrés à la représentation en justice sont variables voire inexistantes selon les institutions.

Depuis la mi-2017, l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida est l'une des plates-formes de services juridiques en rapport avec le VIH auxquelles les populations clés peuvent s'adresser. L'observatoire documente les cas de violations des droits humains signalés via une plate-forme en ligne par 12 pairs-éducateurs et sur lesquels deux superviseurs vont enquêter. En 2017, l'observatoire a documenté 41 cas de violations des droits humains et trois affaires sont actuellement portées devant les tribunaux avec le soutien d'avocats. Toutes les victimes d'atteintes aux droits humains bénéficient de conseils juridiques, d'une représentation en justice si elles le souhaitent, et d'un soutien médical apporté par la clinique de l'ONG Espace Confiance. La plupart des victimes ont choisi de ne pas accepter l'assistance juridique par peur ou à cause de pressions familiales⁸⁷. Le champ d'action de l'observatoire se limite aux villes d'Abidjan et de Bouaké.

L'observatoire mène également des activités de médiation dans les communautés si nécessaire. On peut citer l'exemple d'un jeune garçon de Bouaké victime de violences physiques et psychologiques de la part de ses camarades parce que soupçonné d'être homosexuel. Les familles et les membres de la communauté concernés ont été réunis en même temps que l'agent de police référent pour aborder le problème, ce qui a permis de faire cesser les violences. Plusieurs informateurs clés considéraient également cette forme de médiation comme un moyen efficace pour prévenir de futures violations des droits humains du fait de l'implication d'un grand nombre d'acteurs de la collectivité.

⁸⁷ Observatoire des violations des droits humains en Côte d'Ivoire – Rapport d'activités (2017).

Activité	Résumé	Échelle	Budget (USD)	Lieu	Maître d'œuvre
Formation d'assistants juridiques et d'autres prestataires de services pour travailler avec les populations clés	Mise en place des réseaux d'avocats pour travailler sur les questions relatives aux droits humains des populations clés dans le prolongement du projet Corridor Abidjan-Lagos, sur le VIH/sida et sur les violences fondées sur le genre	49 assistants juridiques et autres prestataires de services formés pour travailler avec les populations clés	8 345	Régions d'Abidjan et de Bouaké uniquement	LIDHO
Documentation des atteintes aux droits humains concernant des populations clés et enquête sur ces atteintes	Documentation des atteintes aux droits humains concernant des populations clés à travers un observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida	41 cas d'atteintes aux droits documentés et objets d'une enquête	13 575	Régions d'Abidjan et de Bouaké uniquement	LIDHO
Information et aiguillage juridique des populations clés	Des séances de conseil juridique sont organisées pour les TS/HSH qui souhaitent être conseillés sur des questions juridiques et leurs droits (accueil des participants, consultation, orientation et soutien dans leurs procédures judiciaires ; informations	Informations juridiques communiquées à 1475 HSH/TS	18 045	Alépé Adiaké Bassam	Espace Confiance
		Informations juridiques communiquées à 2 533 HSH/TS	11 410	Treichville– Marcory Koumassi–Po rt- Bouët–Vridi Yopougon- Ouest–Songo n Dabou	Espace Confiance
		Informations juridiques communiquées à 880 HSH/TS	5 039	Adzopé Agboville	Ruban Rouge CI

juridiques concernant leurs droits ; conseils sur les services de juristes, d'avocats et de fonctionnaires de justice ; soutien et conseils juridiques aux victimes ; traitement des litiges mineurs). Ces séances se déroulent en groupes ou en tête-à-tête.	Non disponible	Non disponible	Yopougon-Est	Ruban Rouge CI
	Informations juridiques communiquées à 582 HSH/TS	5 653	Divo	ASD Divo
	Informations juridiques communiquées à 752 HSH/TS	6 590	Séguéla	SAPHARM
	Informations juridiques communiquées à 419 HSH/TS	4 088	Toulépleu	DED Toulépleu
	Informations juridiques communiquées à 1 075 HSH/TS	5 951	Bangolo Danané Biankouma	IDE Afrique
	Non disponible	Non disponible	Man Bangolo	IDE Afrique
	Informations juridiques communiquées à 814 HSH/TS	4 720	Korhogo	IDEAL Korhogo
	Informations juridiques communiquées à 584 HSH/TS	4 181	Boundiali	IDEAL Boundiali
	Informations juridiques communiquées à 380 HSH/TS	3 905	Odienné	BLETY Odienné
	Non disponible	Non disponible	Yopougon-Est	BLETY Odienné
Informations juridiques communiquées à 360 HSH/TS	3 823	Tengrela	ASAL Tengrela	

En 2016, le montant total consacré aux services juridiques associés au VIH s'est élevé à 95 325 USD.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Il est nécessaire de renforcer les capacités et d'élargir le champ d'action de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida. En plus des recommandations formulées à l'issue de l'évaluation, les stratégies suivantes pourraient accroître la qualité et la portée de ses services :

1. Renforcer et étoffer le vivier d'éducateurs issus des populations clés formés pour documenter les cas de violations des droits humains. Une formation d'éducateur pour les pairs devrait être prévue régulièrement en raison du taux de renouvellement élevé du vivier. Augmenter le nombre de superviseurs dans chaque district sanitaire en s'appuyant

sur les 61 sections de la LIDHO et prévoir des lignes budgétaires pour le travail supplémentaire et les dépenses sur le terrain.

2. Veiller à ce que les victimes de violence nécessitant un traitement aient accès à une clinique spécialisée dirigée par une ONG et/ou à un centre de santé public partenaire. Des personnes appartenant à des populations clés ont déclaré que, selon elles, il était inutile pour des victimes de se faire connaître car elles n'avaient pas accès immédiatement à des services gratuits pour soigner leurs blessures une fois leur plainte consignée. Cette situation provoque un grand découragement et pourrait menacer le programme si celui-ci n'est pas en mesure de répondre à des besoins pressants.
3. Il devrait être possible de soumettre un cas d'atteinte aux droits par d'autres moyens et ne pas se limiter pour cela aux seuls éducateurs pour les pairs. La dénonciation de ces atteintes pourrait notamment se faire via des applications mobiles, par l'intermédiaire des ONG de populations clés ou par téléphone en composant le 160 – le numéro national gratuit dédié au VIH mis en place par l'ONG Ruban Rouge CI. Cela nécessiterait de renforcer les capacités des ONG afin que celles-ci puissent traiter les cas. Un réseau solide devrait également être mis en place de sorte que tous les répondants, y compris les opérateurs de la ligne gratuite, sachent quelles informations donner en ce qui concerne les services vers lesquels diriger les appelants ou les situations d'urgence nécessitant une gestion de crise.
4. Une solide stratégie de communication est nécessaire pour faire en sorte que les populations clés connaissent les services de l'observatoire. Une stratégie de proximité comprenant brochures, spots sur des radios communautaires et présence sur les réseaux sociaux serait appropriée pour diffuser discrètement mais avec efficacité des informations sur les services disponibles pour les populations clés.
5. Renforcer les liens entre l'observatoire, le vivier d'avocats formés qui le soutiennent dans ses activités, et toutes les ONG qui travaillent avec les populations clés. Ceci est indispensable aussi bien pour transmettre des affaires que pour diffuser des informations concernant les services juridiques disponibles pour les populations clés.

Les activités de l'observatoire pourraient ensuite être étendues aux 35 districts sanitaires suivants : Séguéla, Korhogo, Ferkessedougou, Toulépleu, Odienné, Bangolo, Biankouma, Dadané, Agboville, Adzopé, Alépé, Adiaké, Grand-Bassam, Aboisso, Boundiali, Tengrela, Divo, San Pedro, Gagnoa, Yamoussoukro et les 12 districts sanitaires de la région d'Abidjan, ainsi que les 3 districts sanitaires de Bouaké. À long terme, les activités de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida devraient couvrir au moins 60 des 79 districts sanitaires.

DP n° 6 : Programmes pour le contrôle et la réforme des lois, règlements et politiques liés au VIH

Interventions existantes

Une analyse de l'environnement juridique (AEJ) autour du VIH en Côte d'Ivoire est sur le point d'être finalisée. L'étude a évalué le cadre juridique et politique de la Côte d'Ivoire au regard des droits humains, le niveau de connaissance de ces droits au sein des populations clés et l'accès de ces populations aux tribunaux, ainsi que l'impact de l'environnement juridique sur l'accès aux services et sur la promotion et la protection des droits des populations clés. Les résultats de l'AEJ permettront de fonder les activités de plaidoyer sur un socle de données probantes.

Lors de la révision du code pénal, la LIDHO a fait pression avec succès sur le ministère de la Justice afin que disparaisse la peine supplémentaire infligée aux personnes de même sexe interpellées pour outrage public à la pudeur selon l'article 360. Le code pénal révisé n'est pas

encore entré en vigueur. Ce lobbying a été mené très discrètement afin de ne pas créer un débat national dans lequel les milieux religieux et conservateurs se seraient fermement opposés à cette révision.

Diverses ONG comme le RIP+ et l'AFJCI ont diffusé des informations sur la loi relative au VIH de 2014 dans le cadre de séances de sensibilisation, mais ces activités sont irrégulières faute d'un financement stable.

Selon les parties prenantes interrogées, il n'existe actuellement aucune autre activité visant à contrôler et réformer les lois, règlements et politiques liés au VIH en Côte d'Ivoire. Certains groupes de populations clés et certaines ONG n'ont pas conscience des besoins de réformer la loi ou ne savent pas comment traduire ces besoins dans des programmes. En 2016, aucune dépense n'a été engagée dans des activités en rapport avec le contrôle et la réforme des lois, règlements et politiques liés au VIH.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Le plaidoyer pour une réforme de la législation en ce qui concerne les aspects suivants est clairement insuffisant :

- Les articles de la loi de 2014 relative au VIH, qui précisent que la transmission du virus peut faire l'objet de poursuites pénales, que la divulgation du statut sérologique d'une personne à un tiers est autorisée dans certaines circonstances non médicales, et que le dépistage des mineurs nécessite un consentement parental ;
- Le caractère répressif de la législation actuelle sur les stupéfiants, qui empêche de bénéficier de traitements de substitution aux opiacés, de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et d'autres programmes de réduction des méfaits ;
- Les infractions pénales liées au commerce du sexe ;
- Les lois qui empêchent les femmes transgenres de vivre selon leur identité ;
- La mise en œuvre de l'ensemble complet de mesures mis au point par l'ONUUDC pour lutter contre le VIH en milieu carcéral.

L'établissement de liens entre l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida et les diverses ONG de populations clés permettrait de relayer des informations pour mener des activités de plaidoyer fondées sur des données probantes. Le Réseau des organisations de populations clés (ROPCCI) serait une plate-forme idéale pour centraliser les informations et mener des actions de plaidoyer coordonnées à plusieurs partenaires. Ce réseau regroupe les ONG qui œuvrent auprès des travailleurs et travailleuses du sexe, des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et des consommateurs de drogues. Il est essentiel de renforcer la capacité des ONG rattachées au ROPCCI à mener des activités de plaidoyer et de lobbying stratégiques. Le programme de renforcement des capacités devrait s'attacher à faire comprendre aux participants l'impact à long terme d'une réforme législative et à leur donner les outils nécessaires pour produire des réalisations concrètes adaptées à leur contexte. La formation pourrait donner lieu à l'élaboration d'un plan de plaidoyer multipartite chiffré tenant compte de spécificités locales dans le choix des stratégies et des activités. La formation devrait compter au moins 30 participants issus des ONG et des populations clés.

Ainsi qu'il est ressorti des groupes de discussion, les populations clés sont pleinement conscientes de l'importance des cliniques dirigées par des ONG et des autres services de santé dispensés par ces organisations. Les ONG devraient être financées pour plaider en faveur d'un développement à grande échelle de ces établissements et pour faire en sorte que tous puissent proposer un ensemble complet de services.

DP n° 7 : Programmes de réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH

Interventions existantes

Le ministère de la Femme, de la Protection de l'enfant et de la Solidarité dispose d'un réseau de 43 comités de coordination à travers le pays. Ces comités sont chargés de gérer toutes les initiatives de lutte contre la violence fondée sur le genre au niveau régional. Ils ont pour but de prévenir ces violences et de faciliter et surveiller les mesures prises pour y remédier dans leur région. Ils sont placés sous la responsabilité directe des autorités préfectorales. Les membres des comités de coordination sont des intervenants essentiels issus des milieux médical, religieux, juridique et policier, ainsi que des représentants des ONG qui travaillent avec les populations clés. Les comités de coordination se réunissent tous les mois pour suivre les cas de violence fondée sur le genre, prendre en charge les victimes et analyser les spécificités de cette violence dans la région. Ils collectent également des données qui vont alimenter le système d'information sur les violences fondées sur le genre du pays. La régularité des réunions des comités de coordination varie grandement et certaines parties prenantes estiment que seule la moitié des 43 comités de coordination sont opérationnels. Le ministère envisage d'élargir ce réseau en passant à 130 comités afin de couvrir le pays de manière homogène.

Fin 2017, le ministère a également lancé une campagne médiatique nationale intitulée « Lui pour Elle » pour faire baisser la violence fondée sur le genre en Côte d'Ivoire. Toutes ces initiatives s'appuient sur la stratégie nationale de lutte contre la violence fondée sur le genre. Toutefois, elles ne visent pas spécifiquement à faire reculer les discriminations qui empêchent des femmes d'accéder aux services anti-VIH et leur efficacité n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation.

L'ONG RIP+ a mis en œuvre un programme portant sur les droits des femmes vivant avec le VIH, mais celui-ci a été interrompu faute de financement suffisant.

Activité	Résumé	Échelle	Budget (USD)	Lieu	Maître d'œuvre
Mobilisation et éducation au niveau communautaire sur la problématique du VIH et du genre, notamment à travers un dialogue avec des chefs religieux et traditionnels sur le sujet	Projet portant sur : 1) l'information et la sensibilisation aux violences faites aux femmes et aux filles ; 2) la prise en charge médicale des femmes et des filles victimes de violence.	8313 personnes sensibilisées aux violences faites aux femmes et aux filles	34 877	Non disponible	Ruban Rouge CI

En 2016, le montant total consacré à des programmes visant à réduire la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH s'est élevé à 34 877 USD.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Les services qui s'occupent des violences fondées sur le genre ne prennent en compte ni les violences exercées contre des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, ni les violences faites aux femmes transgenres. Des activités de plaidoyer devraient être menées pour faire en sorte que tous les programmes portant sur la problématique du genre intègrent ces populations. Cela passerait par des activités de sensibilisation LILO visant à s'attaquer au rejet social que subissent les populations clés et à informer les membres des comités des droits de ces populations. Un plaidoyer de haut niveau auprès des 130 comités VFG placés sous l'égide du ministère de la Femme, de la Protection de l'enfant et de la Solidarité serait également nécessaire pour s'assurer que des changements politiques sont introduits et mis en œuvre pour inclure les population clés.

Comme il n'existe aucun programme spécialement destiné aux adolescents qui se livrent au commerce du sexe, une formation du personnel des institutions qui dispensent des services est nécessaire afin de pouvoir repérer et signaler les personnes concernées et proposer à celles-ci un ensemble standard de services en rapport avec le VIH, ainsi qu'une médiation familiale et un soutien psychosocial. Pour assurer ces services auprès des adolescents concernés dans les 52 lieux de prostitution recensés dans la région d'Abidjan, une formation devra être dispensée dans chaque district sanitaire de la région à au moins une ONG de travailleurs et travailleuses du sexe. Bien que ces ONG ne soient présentes que dans 10 districts sanitaires d'Abidjan, les 12 districts de la région seraient intégrés dans une approche globale afin de pouvoir faire face à d'éventuels déplacements des sites.

Calcul des coûts et budget

Les coûts des interventions recommandées à mettre en œuvre dans le cadre du programme complet sur cinq ans pour le VIH sont exposés dans le tableau ci-dessous. Ces coûts sont détaillés dans l'annexe 3.

Domaine programmatique (VIH)	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
DP n° 1 : Programmes visant à réduire le rejet social et la discrimination liés au VIH	1 000 167	1 275 072	506 091	506 091	469 170	3 756 591
DP n° 2 : Programmes de formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale liée au VIH	49 329	-	-	-	-	49 329
DP n° 3 : Programmes de sensibilisation des législateurs et des forces de l'ordre	79 164	128 942	61 482	20 255	41 921	331 764
DP n° 4 : Programmes d'éducation juridique (« connaître ses droits »)	386 839	328 214	329 843	315 186	315 186	1 675 268
DP n° 5 : Programmes pour la fourniture de services juridiques liés au VIH	361 340	431 382	485 148	581 787	636 639	2 496 296
DP n° 6 : Programmes pour le contrôle et la réforme des lois, règlements et politiques liés au VIH	692 503	675 866	675 866	675 866	675 866	3 395 967
DP n° 7 : Programmes de réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH	84 053	95 711	95 711	141 337	156 545	573 357
Total	2 653 395	2 935 187	2 154 141	2 240 522	2 295 327	12 278 572

3. RESULTATS DE REFERENCE : TUBERCULOSE

Vue d'ensemble du contexte épidémiologique et des populations cibles concernant la tuberculose et les droits humains

C'est en Côte d'Ivoire que la prévalence de la tuberculose est la plus élevée au monde avec 153 cas pour 100 000 habitants. On estime que 8400 personnes sont mortes de la tuberculose en 2016, ce qui correspond à un taux de mortalité de 35 pour 100 000 habitants. La maladie touche plus les hommes que les femmes.

La charge de morbidité imputable à la tuberculose est due en partie à la forte charge de morbidité imputable au VIH dans le pays, avec environ 2800 décès liés à la tuberculose chez les personnes qui vivent avec le VIH. La tuberculose est l'infection opportuniste la plus meurtrière chez les PVVIH en Côte d'Ivoire. La pauvreté et l'infection à VIH figurent parmi les principaux facteurs qui contribuent à la propagation de la maladie⁸⁸. L'incidence de la tuberculose dans le pays pour l'année 2016 est indiquée dans le tableau ci-dessous.

	Incidence de la tuberculose (PVVIH incluses)	Incidence de la tuberculose (personnes séropositives au VIH)	Incidence de la tuberculose multirésistante [TB-MR] / résistante à la rifampicine [TB-RR]
Nombre	36 000	7 900	2 100
Prévalence (pour 100 000 habitants)	153	33	8,9

La Côte d'Ivoire a adopté en 1995 la stratégie de l'OMS recommandant un traitement de brève durée sous surveillance directe. Les taux de réussite des traitements étaient d'environ 80 % en 2015 pour les nouveaux cas et les rechutes, et de 85 % en 2014 pour les cas de tuberculose multirésistante (TB-MR/RR). Les abandons de traitement restent toutefois fréquents⁸⁹.

En 2001, le gouvernement ivoirien a mis en place le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) pour faire baisser les taux de mortalité et de morbidité de la maladie en menant diverses activités – sensibilisation, prévention, prise en charge et traitement, recherche. Le PNL, dans le cadre d'un plan stratégique national, a ainsi permis la création des établissements de santé publics suivants afin d'offrir des services antituberculeux à la population : 17 centres antituberculeux (CAT), chacun d'eux étant dirigé par un médecin ; 228 centres de diagnostic et traitement (CDT), également dirigés par un médecin, et des centres de traitement (CT) ; 3 services de pneumo-phtisiologie dans 3 hôpitaux universitaires, à Bouaké, à Treichville et à Cocody ; un réseau de laboratoires implantés dans les CAT, les CDT et d'autres établissements de santé public à travers le pays. Le programme a également pris en charge la formation de 1642 personnels de santé, 353 personnels d'ONG et 753 agents de santé communautaire (ASC) de

⁸⁸ Fonds mondial (2016). *Removing Human Rights Barriers to End the HIV Epidemic*. Disponible (en ligne) sur : <https://www.theglobalfund.org/en/blog/2016-03-15-removing-human-rights-barriers-to-end-the-hiv-epidemic/> [date de consultation : 23 février 2017].

⁸⁹ OMS, Rapport 2017 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, Genève.

manière à ce que ces personnes puissent détecter et orienter les cas suspects de tuberculose et suivre les patients sous traitement⁹⁰.

La stratégie nationale de la Côte d'Ivoire pour lutter contre la tuberculose est double. Il y a d'une part une stratégie passive : les gens viennent d'eux-mêmes se faire dépister et traiter lorsqu'ils présentent des symptômes de la tuberculose. Il existe d'autre part une stratégie active en direction des populations clés, qui comprend, selon les cas, un dépistage par entretien, un examen microscopique et un test GeneXpert. Selon l'OMS, les principaux groupes de population touchés par la tuberculose sont : 1) les personnes pour lesquelles le risque de contracter la maladie est renforcé par la présence d'autres maladies, p. ex. les PVVIH ; 2) les personnes vulnérables du fait de leur situation sociale, de leurs comportements ou d'un environnement de travail insalubre, p. ex. les détenus, les migrants, les réfugiés et les travailleurs et travailleuses du sexe ; 3) les personnes mal prises en charge du fait de la stigmatisation ou de la discrimination dont elles font l'objet ou à cause d'autres obstacles qui les empêchent d'accéder aux soins, p. ex. les consommateurs de drogues et les sans-abri⁹¹. En Côte d'Ivoire, les groupes recensés comme étant des populations clés sont les PVVIH, les personnes diabétiques, les mineurs, les détenus, les consommateurs de drogues, les personnes vivant dans des conditions précaires et les contacts de personnes atteintes de tuberculose. Dans le cadre de cette évaluation, sont considérées comme des populations clés les PVVIH, les mineurs, les détenus, les consommateurs de drogues et les personnes vivant dans des conditions précaires.

Les personnes vivant avec le VIH : La tuberculose est la première cause de décès chez les PVVIH en Côte d'Ivoire. On estime que 460 000 personnes vivent avec le VIH dans le pays et ont un risque élevé de développer la tuberculose. Les populations les plus exposées au risque de contracter le VIH dans le pays – les travailleuses du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues et les détenus – sont particulièrement vulnérables à l'infection par la tuberculose. On estime à 7900 le nombre de personnes coïnfectées par le VIH et la tuberculose⁹².

Les mineurs : On sait que les mineurs exposés aux poussières de silice ont un risque plus élevé de développer une silicose et, par conséquent, une tuberculose pulmonaire (silicotuberculose)⁹³. La tuberculose est un problème majeur dans l'industrie minière en Côte d'Ivoire. L'OMS recommande le dépistage actif de la maladie pour tous les mineurs. Certaines sociétés minières dans le pays disposent de services de santé bien établis pour leurs employés. On ne sait toutefois pas combien d'Ivoiriens appartiennent à ce groupe à haut risque et ont accès à des services antituberculeux.

La population carcérale : Dans une étude récente réalisée à la MACA, la plus grande prison du pays, on a estimé la prévalence de la tuberculose chez les détenus à environ 9,3 % en 2017. Par ailleurs, 53 % des souches isolées étaient résistantes à au moins un médicament antituberculeux, dont 37 % qui étaient résistantes à plusieurs médicaments (TB-MR). La surpopulation carcérale est l'une des raisons avancées pour expliquer ce taux élevé de tuberculose multirésistante. Conçue pour accueillir 1500 détenus, la MACA en comptait environ 4600 en 2015. Une autre raison citée

⁹⁰ Plan stratégique national 2012-2015 de lutte contre la tuberculose, MSLS/Atelier de bilan 15/06/2017 PNL.T.

⁹¹ Engaging Key Vulnerable Populations in Designing, Planning and Implementing TB Community Activities. (2014). [document numérique] Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/tb/tbteam/keypop.pdf> [date de consultation : 23 février 2017].

⁹² Dybul M. (2016). *Removing Human Rights Barriers to End the HIV Epidemic*. Disponible (en ligne) sur : <https://www.theglobalfund.org/en/blog/2016-03-15-removing-human-rights-barriers-to-end-the-hiv-epidemic/> [date de consultation : 23 février 2017].

⁹³ Yarahmadi A, Zahmatkesh MM, Ghaffari M, et coll. Correlation between silica exposure and risk of tuberculosis in Lorestan Province of Iran. *Tanaffos*. 2013;12(2):34–40.

est la difficulté pour les détenus d'accéder à des établissements de santé, ce qui augmente le risque de mauvaise observance des traitements et d'apparition d'une résistance secondaire aux médicaments antituberculeux⁹⁴.

Les consommateurs de drogues : Cette population est particulièrement exposée au risque d'infection par la tuberculose. Estimée à 2,9 % chez les consommateurs de drogues d'Abidjan, la prévalence des formes évolutives de la maladie est principalement liée aux conditions de vie précaires de cette population. Plus de la moitié des consommateurs de drogues interrogés en 2014 ont indiqué avoir connu l'incarcération – un facteur de risque concernant la tuberculose⁹⁵.

Les personnes vivant dans des conditions précaires : La transmission de la tuberculose est facilitée par de mauvaises conditions de vie, notamment le surpeuplement et une mauvaise ventilation. En Côte d'Ivoire, les « ghettos » où vivent les consommateurs de drogues – souvent des bâtiments délabrés, insalubres et mal ventilés – sont un cadre propice à la transmission de la maladie.

Vue d'ensemble du contexte juridique, politique et stratégique concernant la tuberculose et les droits humains

L'article 9 de la Constitution ivoirienne garantit à tous les Ivoiriens une égalité d'accès aux services de santé. Toutefois, à l'inverse du VIH, il n'existe aucune loi sur la tuberculose qui garantit les droits des personnes atteintes de la maladie, assure à celles-ci un accès aux traitements et aux soins, et les protègent contre la stigmatisation et la discrimination. Une personne atteinte de tuberculose a l'obligation de le signaler à son employeur afin qu'elle puisse s'absenter de son travail pour suivre son traitement.

L'une des principales actions du gouvernement ivoirien pour atteindre son objectif de ramener l'incidence de la tuberculose multirésistante à 1 % consiste à plaider pour l'adoption d'une loi sur la tuberculose et la coinfection TB-VIH afin, entre autres, de protéger les patients concernés de la stigmatisation et de la discrimination. Bien que le cadre juridique soit relativement bien défini en Côte d'Ivoire, il n'existe pas de loi similaire à la loi sur le VIH pour la tuberculose. De nombreux Ivoiriens n'ont pas accès aux services de traitement et de prise en charge de la maladie. Des entretiens menés dans le pays avec les représentants d'ONG montrent que les personnes atteintes de tuberculose subissent une stigmatisation et des discriminations importantes dans leurs communautés et dans d'autres milieux. On rapporte qu'il n'est pas rare que des consommateurs de drogues qui consultent pour la tuberculose se voient refuser l'accès à des soins et à des traitements dans des établissements de santé. Lorsque cela se produit, des éducateurs pour les pairs doivent intervenir en leur faveur auprès du personnel de santé.

S'appuyant sur les directives de l'OMS, le ministère ivoirien de la Santé recommande l'examen de toutes les PVVIH à la recherche de symptômes de la tuberculose lors de chaque consultation avant de commencer un traitement antirétroviral⁹⁶. Cependant, l'analyse des données provenant de 34 établissements qui dispensent des traitements antirétroviraux a montré que la plupart de ces établissements ne respectaient pas cette politique nationale de dépistage de la tuberculose. La plupart du temps, cette recherche de symptômes n'était pas documentée. Seulement 36 % des dossiers médicaux mentionnaient la recherche d'au moins un symptôme de la maladie et

⁹⁴ Séri, B., Koffi, A., Danel, C., Ouassa, T. et coll. (2017). Prevalence of pulmonary tuberculosis among prison inmates: A cross-sectional survey at the Correctional and Detention Facility of Abidjan, Côte d'Ivoire. *PLoS One*, 12(7), p. e0181995.

⁹⁵ Bouscaillou et coll., op.cit.

⁹⁶ Gupta RK, Lucas SB, Fielding KL, Lawn SD (2015). Prevalence of tuberculosis in post-mortem studies of HIV-infected adults and children in resource-limited settings: a systematic review and meta-analysis.

seulement 11 % mentionnaient la recherche des cinq symptômes les plus courants. Cela laisse penser qu'il y a dans les établissements dispensant des traitements antirétroviraux une certaine inefficacité et des insuffisances qui empêchent les PVVIH de bénéficier de services antituberculeux de qualité⁹⁷.

La pauvreté et la situation socioéconomique des individus fragilisent les droits humains, notamment le droit à bénéficier de services de prévention, de traitement et de prise en charge médico-sociale de la tuberculose. Si les médicaments antituberculeux sont gratuits en Côte d'Ivoire, d'autres coûts directs et indirects doivent être supportés par les patients. Selon la Coalition internationale pour la préparation aux traitements, les travailleuses et travailleurs du sexe coïnfectés par le VIH et la tuberculose sont contraints d'arrêter de travailler pendant un certain temps et ne peuvent donc pas aller consulter faute de moyens pour payer leurs frais de transport.⁹⁸ Les zones rurales sont moins dotées en CAT et CDT, et l'accès des patients aux CT est limité. Selon les personnels de santé des CAT rencontrés lors d'entretiens, le risque de perdre de vue des patients est plus élevé à cause des frais de transport que ceux-ci ne sont pas en mesure de régler.

Les conflits internes que la Côte d'Ivoire a connus de 2002 à 2011 ont eu d'importantes répercussions sur le système de santé du pays, notamment une désorganisation de la lutte contre les épidémies⁹⁹. Même si aucune épidémie de tuberculose ne s'est déclarée pendant cette période de conflits armés, la prise en charge de la maladie a sérieusement pâti de ces événements, avec des interruptions dans les activités de dépistage et de traitement. Durant cette période, on a enregistré des taux de réussite des traitements inférieurs à la moyenne – à la fois pour les nouveaux cas et les récidives – et des taux de patients perdus de vue plus élevés¹⁰⁰.

Les personnes diagnostiquées tuberculeuses sont confrontées à de graves violations de leurs droits s'agissant de l'accès aux services antituberculeux, du recours à ces services et du maintien dans le système de soins. En effet, malgré des lois, politiques et systèmes officiellement en vigueur en Côte d'Ivoire, ceux-ci ne sont pas toujours mis en œuvre. Les facteurs suivants aggravent en outre la situation : une corruption généralisée dans plusieurs institutions, des systèmes sous-financés et un environnement socioéconomique souvent défavorable.

Obstacles liés aux droits humains, qui entravent l'accès et le recours aux services antituberculeux et nuisent au maintien des patients dans le système de soins

Obstacles liés à la stigmatisation et à la discrimination

Les entretiens avec des représentants d'ONG et des personnels de santé des CAT ont révélé que les personnes atteintes de tuberculose subissaient rejet social et discrimination. Des informateurs clés ont indiqué que la tuberculose était souvent qualifiée de « maladie honteuse » par la population et que les personnes connues pour en être atteintes étaient stigmatisées, d'où un déni de la maladie. Les personnes touchées ont donc tendance à reporter ou à fuir le dépistage, d'où un diagnostic tardif et des traitements moins efficaces. En faisant cela, ces personnes cherchent à

⁹⁷ Auld, A., Blain, M., Ekra, K. et coll. (2016). Wide Variations in Compliance with Tuberculosis Screening Guidelines and Tuberculosis Incidence between Antiretroviral Therapy Facilities — Côte d'Ivoire. *PLoS ONE*, 11(6), p. e0157059.

⁹⁸ Coalition internationale pour la préparation aux traitements (2017). *Baseline study: Regional Community Treatment Observatory in West Africa to Increase Access to HIV Services for People Living with HIV*.

⁹⁹ Niyongabo T, NDayiragije A, Larouze B, Aubry P. Burundi : l'impact de dix années de guerre civile sur les endémoépidémies. *Med Trop* 2005;65:305—12.

¹⁰⁰ Daix, A., Bakayoko, A., Coulibaly, G., et coll. (2013). Effets de la guerre sur le contrôle de la tuberculose en Côte d'Ivoire de 2002 à 2007. *Revue de Pneumologie Clinique*, 69(5), p. 237 à 243.

échapper au rejet social et aux discriminations que subissent les personnes atteintes de tuberculose dans la communauté.

Dans les discussions de groupe organisées dans les différentes régions du pays, des représentants des principales populations touchées par la tuberculose ont fait état d'une stigmatisation et de discriminations généralisées, tant au sein des familles que dans la société, et qui sont le fait de membres de la famille, d'amis, de chefs religieux, d'agents des forces de police et de professionnels de santé. Cette stigmatisation et ces discriminations sont principalement liées à la peur de l'infection et à l'association négative qui est faite avec l'infection à VIH, à savoir, que la tuberculose est une « sale maladie ». La maladie est également associée à un comportement immoral présumé, à l'incurabilité et à la mort ainsi qu'à la pauvreté et l'incarcération.

Des informateurs clés de la commune de Koumassi à Abidjan ont mis en lumière la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose dans l'emploi, ce qui peut parfois aller jusqu'au licenciement. Au sein des familles, la stigmatisation se manifeste souvent par le refus de prendre soin d'un proche malade. Dans le milieu médical, on rapporte que des membres du personnel infirmier hospitalier refusent de faire des injections aux patients tuberculeux par peur de l'infection. Des consommateurs de drogues d'Abidjan indiquent avoir le sentiment de ne pas être les bienvenus dans les CAT à cause des attitudes discriminatoires des personnels de santé à leur égard.

La stigmatisation et les discriminations sont encore plus fortes pour les personnes coïnfectées par le VIH et la tuberculose. Des populations clés indiquent qu'elles rencontrent encore plus de rejet et de discrimination à cause de leur activité économique (commerce du sexe), de leur orientation sexuelle ou de pratiques illégales (consommation de drogues).

La stigmatisation dont sont victimes les populations clés se manifeste également au niveau des individus eux-mêmes sous la forme d'une auto-stigmatisation, ce qui est souvent une conséquence des discriminations subies au sein de la famille et dans la société. Des informateurs ont déclaré ressentir de la honte et avoir une faible estime d'eux-mêmes, ce qui les a amenés à s'isoler, avec pour conséquences une moins bonne qualité de vie et une situation sociale dégradée. Ces personnes ne suivaient pas de traitement antituberculeux du fait de leur exclusion sociale. De plus, certains patients refusent les services de conseillers en santé qui dispensent des soins à domicile de peur que leur famille découvre qu'ils ont la tuberculose, ce qui peut amener certaines personnes à abandonner le traitement.

Les obstacles liés aux inégalités de genre et les obstacles propres aux adolescentes et aux jeunes femmes

Bien que la prévalence et l'incidence de la tuberculose soient plus élevées chez les hommes que chez les femmes, les conséquences de la maladie sont plus graves pour ces dernières, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes. Parmi les facteurs qui influent sur la possibilité pour les femmes et les filles d'accéder et de recourir durablement aux services antituberculeux, on citera des attitudes, croyances et pratiques traditionnelles discriminatoires, les inégalités de pouvoir économique au sein des ménages, la violence fondée sur le genre et le caractère indifférencié des prestations de services selon le genre.

Dans une discussion de groupe organisée dans le quartier périurbain d'Adjamé à Abidjan, il a été rapporté que des femmes atteintes de tuberculoses avaient été jetées à la rue par leurs conjoints puis rejetées par des familles refusant de les aider et de les héberger, ce qui les avaient conduites à arrêter leurs traitements. Il est ressorti d'autres groupes de discussion que de nombreuses

Ivoiriennes infectées par la tuberculose ne révélait pas leur statut à leurs maris ou leurs partenaires, de peur d'être abandonnées, séparées de leurs enfants et privées de tout soutien financier. Le manque d'indépendance financière de nombreuses femmes en Côte d'Ivoire se traduit par une charge de morbidité imputable à la tuberculose plus forte pour les femmes que pour les hommes.

Les entretiens ont également mis en évidence le problème d'une prestation des services indifférenciée selon le genre. Des représentants d'ONG à Abidjan ont indiqué ne pas avoir les compétences ni les ressources nécessaires pour proposer des services antituberculeux aux femmes enceintes qui consomment des drogues, par exemple. Il a été montré qu'une prise en charge inadaptée des femmes enceintes atteintes de la maladie était préjudiciable à la santé de la mère et de l'enfant. Il est donc essentiel que les prestataires de services de lutte contre la tuberculose et de santé maternelle et infantile collaborent pour optimiser l'accès des femmes aux services antituberculeux et à des informations sur la maladie¹⁰¹.

Les obstacles liés à l'éducation juridique, aux services juridiques et au fonctionnement du système judiciaire

Bien que les règlements sanitaires et le droit national garantissent le plein accès aux services de prévention, de traitement et de soins en Côte d'Ivoire, de nombreux patients atteints de tuberculose n'ont pas conscience de ces droits. Une éducation juridique peu développée dans le pays est un obstacle majeur qui empêche de bénéficier de tous les services associés à des droits. L'article 6 de la Constitution ivoirienne permet aux populations les plus vulnérables de bénéficier gratuitement d'une aide juridique conformément à l'article n° 75-317 du Code de procédure civile de mai 1975. Il est toutefois rapporté que des patients tuberculeux rencontrant des problèmes pour accéder aux services de santé en raison de leur statut sérologique VIH/TB, alors qu'ils doivent déjà faire face à la marginalisation et à la discrimination, ne savent ni à qui s'adresser ni comment procéder pour obtenir des renseignements et demander réparation.

Des populations clés touchées par le VIH et la tuberculose comme les travailleurs et travailleuses du sexe ou les consommateurs de drogues sont souvent la cible des forces de police et sont victimes d'arrestations arbitraires et de mauvais traitements. Incarcérées dans des centres de détention surpeuplés, ces personnes sont maintenues dans des conditions déplorables ; les établissements pénitentiaires sont dépourvus d'installations et de structures adéquates pour traiter la tuberculose. Plusieurs rapports dénoncent la durée excessive de la détention préventive et l'impossibilité d'être entendu par un juge ou un magistrat dans un délai raisonnable. Les populations clés sont souvent des populations pauvres et marginalisées qui n'ont pas les moyens de s'offrir des services juridiques pour exercer leurs droits en justice.¹⁰²

Obstacles liés au respect des droits humains au sein du système de soins de santé

Des discussions de groupe avec les populations clés ont mis en évidence les connaissances insuffisantes des personnels de santé concernant les droits humains et l'éthique médicale en lien avec la tuberculose, ce qui constitue un obstacle majeur au recours par ces populations aux services antituberculeux et au maintien dans le système de soins. On rapporte que des membres du personnel infirmier hospitalier refusent de soigner des patients tuberculeux par peur de l'infection. Des membres de populations clés souhaitant consulter pour la tuberculose indiquent

¹⁰¹ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Note d'information technique – Tuberculose, genre et droits humains. Genève, 2017.

¹⁰² Baseline Evaluation Report – Africa Regional HIV Grant: Removing Legal Barriers, Institut pour la santé mondiale, Université de Californie du Sud.

avoir le sentiment de ne pas être les bienvenus dans les CAT à cause des attitudes discriminatoires des personnels de santé à leur égard. Cela est extrêmement fréquent chez les consommateurs de drogues, dont certains ont déclaré avoir été renvoyés car jugés trop « sales et mal habillés », ou encore sermonnés par le personnel soignant pour être arrivés en retard à leurs rendez-vous.

Les personnes coïnfectées par le VIH et la tuberculose sont également victimes d'attitudes et de pratiques discriminatoires et stigmatisantes de la part de prestataires de santé. Il peut s'agir, entre autres pratiques préjudiciables, d'attitudes peu accueillantes, d'un désintérêt pour les patients, de différences dans la qualité du traitement selon le statut sérologique vis-à-vis du VIH, voire d'un refus de soins et de violations du secret médical.

Par ailleurs, certaines parties prenantes font état de ressources et d'un personnel médical insuffisants pour offrir des services de qualité. Le processus de décentralisation mis en œuvre avec les CDT et les CT n'a permis de répondre que de manière limitée aux besoins des populations rurales, dans la mesure où les patients doivent toujours se rendre dans un CAT pour y faire des examens plus approfondis et bénéficier d'un suivi médical plus poussé. Les CAT sont des structures sanitaires indépendantes et il est très stigmatisant de fréquenter ces centres, car quiconque voit une personne s'y rendre saura que celle-ci est atteinte de tuberculose.

Des parties prenantes signalent également qu'il existe un sentiment très répandu dans la population selon lequel les traitements antituberculeux ne sont pas gratuits. Il règne une immense confusion chez toutes les parties concernées autour de la gratuité ou non de certains traitements et tests de dépistage, une confusion dont profitent certains personnels de santé pour extorquer de l'argent à des patients pour un dépistage ou orienter les patients en échec thérapeutique vers des cliniques dans lesquelles les injections d'antibiotiques ne sont pas gratuites.

Possibilités pour remédier aux obstacles liés aux droits qui entravent l'accès aux services antituberculeux – passer des programmes existants à des programmes complets

Cette section résume les interventions déjà mises en œuvre pour remédier aux obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services antituberculeux, ainsi que des propositions pour les dix domaines programmatiques définis dans la note d'information technique *Tuberculose, genre et droits humains* du Fonds mondial¹⁰³.

Les dix domaines programmatiques sont les suivants :

DP n° 1 : Diminuer le rejet social et la discrimination

DP n° 2 : Former les professionnels de santé en matière de droits humains et d'éthique en lien avec la tuberculose

DP n° 3 : Sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces de l'ordre

DP n° 4 : Connaître ses droits en lien avec la tuberculose

DP n° 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose

DP n° 6 : Surveiller et réformer les politiques, les règlements et les lois entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

DP n° 7 : Diminuer les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

DP n° 8 : Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires

¹⁰³ Note d'information technique *Tuberculose, genre et droits humains*, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (avril 2017).

DP n° 9 : Assurer le respect de la vie privée et de la confidentialité
DP n° 10 : Programmes dans les prisons et autres lieux de détention

DP n° 1 : Diminuer le rejet social et la discrimination

Programmes existants

Les programmes visant à faire reculer le rejet social et les discriminations liés à la tuberculose sont principalement associés à des programmes d'éducation au VIH assurée par des pairs. En général, la composante TB est plus détaillée lorsque les programmes s'adressent aux consommateurs de drogues et sont mis en œuvre par des ONG comme La Fontaine, Anonyme, Parole autour de la santé, Foyer du bonheur, La Relève, Fraternité, la Croix-Bleue ou l'UNICO.

L'ONG internationale Médecins du Monde met en œuvre la subvention consacrée à la réduction des méfaits dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau et Sénégal (PARECO). Le projet PARECO a pour but de réduire les risques d'infection par le VIH et la tuberculose chez les consommateurs de drogues injectables. Les activités du projet se concentrent sur le renforcement des systèmes communautaires, la lutte contre les obstacles juridiques et des interventions visant à réduire les méfaits, y compris en ce qui concerne la tuberculose.

Le Collectif des ONG de lutte contre la tuberculose et les autres maladies respiratoires (COLTMER) compte 43 ONG membres. Toutes les organisations membres sont rattachées à un CAT/CDT/CT ou à un hôpital, où elles collaborent avec les professionnels de santé. Ces ONG recherchent puis orientent des cas suspects dans le cadre de stratégies de proximité, notamment des visites effectuées à domicile à des fins de dépistage précoce pour collecter puis acheminer des échantillons d'expectorations. Les agents de santé communautaires des ONG se rendent au domicile de personnes qui vivent avec la tuberculose pour les encourager à bien suivre leurs traitements (et leur donner des conseils sur des questions d'hygiène ou de nutrition), informer les patients de leurs droits et sensibiliser l'entourage immédiat des patients aux questions de stigmatisation et de discrimination liées à la maladie. Il arrive que d'anciens patients participent au travail de ces ONG, mais cela n'est pas systématique. Le COLTMER mobilise également des ressources financières pour ses membres, défend les droits des personnes vivant avec la tuberculose, et organise des événements comme la Journée mondiale de la tuberculose. Les ONG membres du COLTMER s'emploient à lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans le travail qu'elles mènent au niveau des communautés.

Activité	Résumé	Échelle	Budget (USD)	Lieu	Maître d'œuvre
Mobilisation et éducation des communautés sur la stigmatisation et la discrimination	L'éducation aux questions de stigmatisation et de discrimination se fait au cours des séances de sensibilisation communautaire, d'enquêtes sur le terrain et, surtout, de	933 personnes sensibilisées à la stigmatisation et à la discrimination lors de visites à domicile et de séances de communication pour faire changer les comportements (CCC)	14 112	Yopougon	TUBCI

visites à domicile, durant lesquelles des conseillers communautaires abordent les droits des patients et sensibilisent, d'un côté, les patients à l'auto-stigmatisation, et de l'autre, les proches à leurs propres droits et à ceux des patients.	372 personnes sensibilisées à la stigmatisation et à la discrimination lors de visites à domicile et de séances de communication pour faire changer les comportements (CCC)	6 477	Treichville	IACI
	507 personnes sensibilisées à la stigmatisation et à la discrimination lors de visites à domicile et de séances de communication pour faire changer les comportements (CCC)	7 684	Abidjan Koumassi	SOLFÉV
	811 personnes sensibilisées à la stigmatisation et à la discrimination lors de visites à domicile et de séances de communication pour faire changer les comportements (CCC)	13 735	Adjamé	FRATERNITÉ

En 2016, le montant total consacré à des programmes visant à réduire la discrimination en lien avec la tuberculose s'est élevé à 42 008 USD.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Jusqu'à aujourd'hui, les actions visant à faire reculer la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes atteintes de tuberculose ont été menées sans véritable plan d'ensemble. Une première étape dans l'amélioration de la situation consiste à évaluer les efforts déployés à ce jour par les ONG de lutte contre le VIH et la tuberculose, à réexaminer les programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination à la lumière des résultats de cette évaluation, et à faire en sorte que toutes les ONG concernées disposent des ressources nécessaires pour travailler sur ces questions.

Une lacune importante dans ce domaine réside dans le fait qu'il n'existe en Côte d'Ivoire aucun système produisant régulièrement des données de suivi de la stigmatisation et des discriminations subies par les patients tuberculeux. Le PNLT pourrait procéder à des évaluations nationales régulières afin de documenter et de déterminer la nature et le degré de la stigmatisation et des discriminations subies par ces patients dans les établissements de santé et dans certaines communautés. Cet exercice, semblable à l'étude menée pour déterminer l'indice de stigmatisation des PVVIH, permettrait de rassembler des éléments sur lesquels fonder l'élaboration d'interventions stratégiques visant à réduire la stigmatisation et la discrimination dans des contextes particuliers.

Pour remédier au problème de la stigmatisation et de la discrimination engendrées involontairement dans les foyers par le dispositif de suivi des patients au sein des communautés, le travail sur la tuberculose pourrait être confié à d'autres programmes communautaires d'ONG déjà en place pour le VIH. Les conseillers communautaires ne seraient alors plus ouvertement associés à une seule pathologie.

DP n° 2 : Former les professionnels de santé en matière de droits humains et d'éthique en lien avec la tuberculose

Programmes existants

Les entretiens avec les parties prenantes ont révélé qu'il n'existait aucun programme de formation des prestataires de santé sur les droits humains et l'éthique médicale en lien avec la tuberculose à l'exception du programme de formation des agents de santé communautaires mis en œuvre par Médecins du Monde. Les détails de ce budget sont inclus dans le DP n° 4.2.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Des modules spécifiques sur les droits humains et l'éthique en lien avec la tuberculose doivent être mis au point et intégrés dans la formation des médecins et du personnel infirmier, dans les deux facultés de médecine et les trois instituts de formation en soins infirmiers du pays. Les programmes d'enseignement aborderaient notamment les droits humains et l'éthique, les attitudes et les pratiques, les règles en matière de consentement éclairé, le secret médical et le respect de la vie privée, les soins centrés sur le patient, les droits des patients et des soignants, ainsi que la participation effective des patients et du personnel médical à la prise des décisions concernant la prise en charge. Ces programmes d'enseignement devraient inclure des contenus pertinents sur les mêmes sujets s'agissant du VIH. L'approche LILO devrait être repensée de manière à corriger les perceptions négatives associées à la tuberculose. Dans une première phase, les interventions devraient cibler cinq prestataires de santé (médecins, travailleurs sociaux, personnel infirmier, conseillers communautaires) dans les 17 CAT, puis dans 100 CDT au moins dans une deuxième phase.

La formation des professionnels de santé déjà en poste dans les structures médicales devrait être basée sur les nouveaux modules de formation et être dispensée dans les 35 districts sanitaires suivants : Séguéla, Korhogo, Ferkessédougou, Toulépleu, Odienné, Bangolo, Biankouma, Dadané, Agboville, Adzopé, Alépé, Adiaké, Grand-Bassam, Aboisso, Boundiali, Tengrela, Divo, San Pedro, Gagnoa, Yamoussoukro et les 12 districts sanitaires de la région d'Abidjan, ainsi que les 3 districts sanitaires de Bouaké. À la suite de cette formation, des conseils consultatifs d'assurance qualité – composés de membres du personnel médical et administratif, ainsi que de représentants des syndicats, des ONG et des populations clés – pourraient être mis en place. Les problèmes constatés seraient abordés à l'occasion de réunions trimestrielles au cours desquelles des suggestions seraient faites pour améliorer la prestation des services destinés aux populations clés.

DP n° 3 : Sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces de l'ordre

Programmes existants

Selon les parties prenantes rencontrées, il n'existe aucun programme de sensibilisation des législateurs, fonctionnaires de justice et agents des forces de l'ordre aux obstacles liés aux droits qui entravent l'accès aux services antituberculeux. Les interventions mentionnées dans la section

sur le VIH abordent parfois la question de la tuberculose lorsqu'elles portent sur les consommateurs de drogues, mais ces interventions ne sont pas systématiques. En 2016, aucune dépense n'a été engagée dans des programmes visant à sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces de l'ordre.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Une approche globale pour sensibiliser les agents des forces de l'ordre à la question des populations clés et aux obstacles liés aux droits qui empêchent ces populations d'accéder aux services antituberculeux devrait commencer par la formation d'organisations qui participent déjà à des interventions similaires pour le VIH, comme la LIDHO, l'AFJCI, ENDA Santé et Alliance CI. En s'assurant que ces organisations ont bien conscience des problèmes propres à la tuberculose, des interventions communes couvrant à la fois le VIH et la tuberculose peuvent être mises au point.

Une programmation pour le VIH dans laquelle serait intégrée la tuberculose en vue de sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces comporte les éléments suivants :

- Former le personnel de 10 institutions impliquées dans la sensibilisation des législateurs, fonctionnaires de justice et agents des forces de l'ordre afin d'intégrer la tuberculose dans les interventions portant sur le VIH ;
- Demander instamment l'intégration de thèmes portant sur les droits humains et les populations clés dans la formation des forces de police ;
- Former et sensibiliser au sein de l'école de police (200 agents au moins) y compris le personnel pénitentiaire (65), les membres de la sous-commission « droits civils » de la CNDHCI (15) et des membres du Parlement (100) ;
- Étendre les activités de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida, en y intégrant une composante tuberculose, aux 60 districts sanitaires ;
- Entreprendre une évaluation de la qualité et de l'accessibilité des services de lutte contre le VIH et la tuberculose en milieu carcéral, et travailler avec le personnel médical pénitentiaire et d'autres personnels concernés au suivi, à l'accompagnement et la promotion de possibles mesures visant à garantir le droit des détenus à la santé.

DP n° 4 : Connaître ses droits en lien avec la tuberculose

Programmes existants

Alliance CI, l'ONG récipiendaire principale, a mis au point un tableau pour les patients sous traitement antituberculeux, qui expose en termes généraux leurs responsabilités ainsi que leurs droits en ce qui concerne leur traitement, leur dignité, leur accès à l'information, le choix des interventions médicales, la confidentialité, la justice, la sécurité et la mobilisation communautaire.

Activité	Résumé	Échelle	Budget (USD)	Lieu	Maître d'œuvre
Renforcement de l'éducation juridique dans des institutions	Des formations sont organisées pour les agents de santé communautaires	718 membres d'institutions politiques, religieuses et médicales formés	11 037	Région d'Abidjan uniquement	MÉDECINS DU MONDE

	et les membres des institutions sur divers sujets, notamment les droits humains des populations clés (VIH et TB).	aux droits humains			
Renforcement des moyens d'action des personnes vivant avec la tuberculose ou affectées par la maladie par rapport à leurs droits	Dans le cadre de visites à domicile, des personnes vivant avec la tuberculose ou affectées par la maladie sont informées de leurs droits et de leurs responsabilités par des agents de santé communautaires.	977 personnes vivant avec la tuberculose ou affectées par la maladie formées à leurs droits	14 788	Yopougon	TUBCI
		Moyens d'action renforcés chez 388 personnes vivant avec la tuberculose ou affectées par la maladie par rapport à leurs droits	6 758	Treichville	IACI
		Moyens d'action renforcés chez 514 personnes vivant avec la tuberculose ou affectées par la maladie par rapport à leurs droits	7 796	Abidjan Koumassi	SOLFEV
		Moyens d'action renforcés chez 839 personnes vivant avec la tuberculose ou affectées par la maladie par rapport à leurs droits	14 224	Adjamé	FRATERNITÉ

En 2016, le montant total consacré aux programmes de type « Connaître ses droits en lien avec la tuberculose » s'est élevé à 54 603 USD.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Les entretiens et les groupes de discussion ont fait ressortir un manque d'information des populations clés sur les droits humains en rapport avec la tuberculose, d'où des interventions de type « Connaître ses droits » relativement pauvres, en particulier lorsqu'elles portent en même temps sur le VIH. Les modules de formation sur la tuberculose destinés aux pairs-éducateurs devraient être renforcés afin de s'assurer que ces éducateurs acquièrent une connaissance

complète des droits en rapport avec le VIH et la tuberculose. Par ailleurs, la création d'un vivier de patients experts dans les 43 ONG membres du COLTMER renforcerait également l'accès des patients tuberculeux à des informations concernant leurs droits.

Le problème récurrent des patients obligés de payer pour certains services normalement gratuits pourrait être résolu en ajoutant au dossier destiné aux patients sous traitement antituberculeux des informations sur les services gratuits et les services payants. Des affiches et des brochures mentionnant les services gratuits, les services payants ainsi que le coût de ces derniers devraient être imprimées et affichées/mises à disposition dans tous les centres de santé et les locaux de toutes les ONG.

DP n° 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose

Programmes existants

Les entretiens avec les parties prenantes ont révélé qu'il n'existait aucun programme fournissant des services juridiques en cas de violations des droits humains en lien avec la tuberculose. Par conséquent, aucune dépense n'a été engagée dans ce type de programme en 2016.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Une approche globale concernant des services juridiques pourrait s'appuyer sur les activités existantes de l'Observatoire des droits humains pour la lutte contre le VIH/sida et sur d'autres activités mentionnées dans le programme complet pour le VIH. Cela comprend la restructuration de l'observatoire afin d'inclure la tuberculose dans ses services : documentation des violations des droits humains, conseils et aide juridiques, et médiation dans les communautés. L'aide juridique s'adresserait également aux personnes qui perdent leur emploi à cause de la tuberculose et aux personnes mises à l'isolement contre leur gré pour traitement ; les patients seraient dirigés vers l'inspection du travail.

DP n° 6 : Surveiller et réformer les politiques, les règlements et les lois entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Programmes existants

Les entretiens avec les parties prenantes ont révélé qu'il n'existait aucun programme visant à surveiller et réformer les politiques, les règlements et les lois entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose. Par conséquent, aucune dépense n'a été engagée dans ce type de programme en 2016.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Il est par ailleurs ressorti des entretiens que ces acteurs n'avaient qu'une connaissance limitée des politiques, règlements et lois susceptibles d'entraver l'accès à ces services. Par conséquent, une analyse de l'environnement juridique (AEJ) devrait être effectuée afin de déterminer les multiples facteurs politiques et juridiques qui entravent l'accès aux services de dépistage, de traitement et de prise en charge. Des activités de plaidoyer fondées sur des éléments probants pourraient alors être menées en vue d'éliminer tous ces obstacles liés au cadre juridique ivoirien.

Il est essentiel de renforcer la capacité des ONG rattachées au COLTMER à mener des activités de plaidoyer et de lobbying stratégiques. Le programme de renforcement des capacités devrait

s'attacher à faire comprendre aux participants l'impact à long terme d'une réforme législative et à leur donner des outils leur permettant de plaider pour une amélioration des lois, des politiques et des pratiques. La formation pourrait donner lieu à l'élaboration d'un plan de plaidoyer multipartite chiffré tenant compte de spécificités locales dans le choix des stratégies et des activités. Au moins 2 personnes dans chacune des 43 ONG membres du COLTMER devraient suivre cette formation.

DP n° 7 : Diminuer les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Programmes existants

Les responsables du PNLТ mènent actuellement une étude sur le genre et l'équité en matière d'accès aux services antituberculeux en Côte d'Ivoire, mais aucune information relative à cette étude n'est disponible pour l'instant. En 2016, aucune dépense n'a été engagée dans des activités destinées à réduire les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Une fois les résultats de l'étude connus, les responsables du PNLТ devraient suivre les recommandations formulées visant à réduire les obstacles liés au genre qui entravent l'accès aux services antituberculeux. Ces recommandations devraient cibler les 18 districts sanitaires fortement touchés : Abobo Est, Abobo Ouest, Anyama, Cocody-Bingerville, Koumassi-Port-Bouët-Vridi, Marcory-Treichville, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Dabou, Yopougon Est, Yopougon Ouest, Alépé, Tiassalé, Yamoussoukro, Bouake Nord-Ouest, Dimbokro, Aboisso, Grand-Bassam et Man.

DP n° 8 : Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires

Programmes existants

Les entretiens avec les parties prenantes ont révélé qu'il n'existait aucun programme visant à mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires. Les quelques exemples donnés pendant les entretiens ont été l'invitation faite à des patients de venir témoigner lors de la Journée mondiale de la tuberculose et l'incitation des ONG de lutte contre la maladie à intégrer des patients dans leurs conseils d'administration. En 2016, aucune dépense n'a été engagée dans des activités visant à mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires concernés par la tuberculose.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

L'autonomisation des patients nécessiterait de renforcer la capacité des patients tuberculeux à défendre leur cause et à participer à la prise de décisions. À l'heure actuelle, ces patients sont principalement représentés par les ONG qui œuvrent auprès d'eux. La formation complète d'un groupe de patients tuberculeux issus des populations les plus touchées donnerait à ces personnes les moyens de devenir des porte-parole, grâce à un cursus de formation qui commencerait par un cours préparatoire portant sur les droits humains, le VIH et la tuberculose, la stigmatisation et la discrimination, et d'autres sujets s'y rapportant. Les personnes formées développeraient peu à peu des compétences grâce à des cours sur l'estime de soi, la prise de parole en public, la transformation sociale et d'autres sujets utiles dans le contexte local.

DP n° 9 : Assurer le respect de la vie privée et de la confidentialité

Programmes existants

Les entretiens avec les parties prenantes ont révélé qu'il n'existait aucun programme dans ce domaine. Par conséquent, aucune dépense n'a été engagée dans des activités portant sur la protection de la confidentialité en 2016.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Les questions de confidentialité sont traitées dans le DP n° 2.

DP n° 10 : Programmes dans les prisons et autres lieux de détention

Programmes existants

Les parties prenantes interrogées n'ont mentionné aucun programme portant sur les droits humains et la tuberculose en milieu carcéral, mais ont renvoyé l'équipe d'évaluation vers l'agence de développement technique française Expertise France. Il n'a pas été possible de rencontrer cet acteur au moment de l'évaluation de référence.

Lacunes et insuffisances actuelles, et recommandations pour un programme complet

Vu le peu d'informations disponibles concernant l'univers pénitentiaire, une évaluation de la qualité et de l'accessibilité des services de lutte contre le VIH et la tuberculose en milieu carcéral devrait être menée. Dans une première phase, l'évaluation porterait sur la MACA qui est la principale prison d'Abidjan. Un travail serait alors effectué avec le personnel médical pénitentiaire et d'autres personnels concernés pour suivre, accompagner et promouvoir de possibles mesures visant à garantir le droit des détenus à la santé. L'évaluation serait ensuite étendue à l'ensemble des 34 centres de détention du pays, répartis dans les régions d'Abengourou, d'Aboisso, d'Adzopé, d'Agboville, de Bassam, de Bondoukou, de Bouaflé, de Bouaké, de Dabou, de Daloa, de Dimbokro, de Divo, de Gagnoa, de Katiola, de Korhogo, de Man, d'Oumé, de Sassandra, de Soubré, de Tiassalé et de Toumodi.

Calcul des coûts et budget

Les coûts des interventions recommandées à mettre en œuvre dans le cadre du programme complet sur cinq ans pour la tuberculose sont exposés dans le tableau ci-dessous. Ces coûts sont détaillés dans l'annexe 3.

Domaine programmatique (TB)	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
DP n° 1 : Diminuer le rejet social et la discrimination	108 471	85 268	42 007	102 468	42 007	380 221
DP n° 2 : Former les professionnels de santé en matière de droits humains et d'éthique en lien avec la tuberculose	36 922*	54 152*	73 843*	49 229*	49 229*	263 375¹⁰⁴
DP n° 3 : Sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces de l'ordre	16 846*	16 846*	0*	0*	12 055*	45 747*
DP n° 4 : Connaître ses droits en lien avec la tuberculose	160 309	60 630	54 603	54 603	158 143	488 288
DP n° 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose	0*	0*	0*	0*	0*	0*
DP n° 6 : Surveiller et réformer les politiques, les règlements et les lois entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	289 344	211 208	211 208	211 208	211 208	1 134 176
DP n° 7 : Diminuer les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	27 207	27 207	0	0	0	54 414
DP n° 8 : Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires	195 081	195 081	0	0	0	390 162
DP n° 9 : Garantir le respect de la confidentialité et de la vie privée	0	0	0	0	0	0
DP n° 10 : Programmes dans les prisons et autres lieux de détention	0*	0*	0*	0*	0*	0*
Total	834 180	650 392	381 661	417 508	472 642	2 756 383

^{104*} Si le programme complet pour le VIH est entièrement financé. Il est possible d'intégrer les questions de droits en lien avec la tuberculose dans de nombreuses activités du programme complet pour le VIH pour un coût relativement faible voire nul.

Limites du chiffrage

La composante chiffrage de l'évaluation de référence était une analyse rapide des investissements nécessaires et ne devrait donc pas être considérée comme une estimation en bonne et due forme des besoins. Le calcul rétrospectif des coûts a servi à estimer les coûts à l'échelle des interventions. Par conséquent, la faible quantité de données collectées dans le cadre de l'évaluation de référence a inévitablement eu une incidence sur le calcul des coûts prévisionnels.

La composante chiffrage des programmes – à la fois pour le VIH et pour la tuberculose – de l'évaluation de référence a rencontré certaines limites :

- Certains acteurs importants n'ont pas pu prendre part à la collecte des données en raison de priorités concurrentes. De ce fait, des points de vue importants pourraient manquer à l'analyse en ce qui concerne les obstacles liés aux droits humains et l'efficacité des efforts actuellement déployés pour y remédier. Parmi les acteurs qui n'ont en effet pas pu participer à la collecte des données figuraient plusieurs partenaires bilatéraux. Les actions menées directement ou simplement financées par ces partenaires au moment de l'évaluation et visant à éliminer les obstacles ne figurent donc pas dans l'exposé qui est fait de l'ensemble de ces efforts.

Les autres limites et difficultés plus spécifiques à la collecte des données financières sont les suivantes :

- Il est apparu que plusieurs organisations ont estimé que les informations demandées étaient trop sensibles pour être communiquées, même s'il avait été précisé dans les messages d'invitation que ces données seraient consolidées et anonymisées au niveau des maîtres d'œuvre.
- Certaines organisations semblent avoir considéré que la charge de travail était trop importante par rapport au bénéfice d'un tel exercice, compte tenu de leurs autres obligations.
- La plupart des bailleurs de fonds et des intermédiaires semblent avoir été dans l'incapacité de ventiler leurs investissements effectués dans des interventions de prévention combinée jusqu'à pouvoir identifier la part de ces financements affectée à des programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains.
- Enfin, comme indiqué dans l'analyse, il manque de nombreuses données quantitatives actualisées concernant plusieurs des obstacles liés aux droits humains déterminés par l'évaluation. Par conséquent, il est possible que l'évaluation repose d'une manière excessive sur des témoignages anecdotiques ou des points de vue particuliers qui, dans certains cas, n'illustrent pas forcément une tendance générale à l'échelle du pays.

Le calcul des coûts prévisionnels de la démarche globale visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains viendra étayer l'élaboration du plan stratégique sur cinq ans. Ce calcul a donc toutes les chances de connaître des modifications au cours du processus d'élaboration – participatif et défini par le pays – de ce plan.

4. ÉTAPES SUIVANTES

Cette évaluation de référence servira de base de dialogue et d'action avec les parties concernées dans le pays, les partenaires techniques et d'autres donateurs, pour mettre en œuvre à grande échelle des programmes complets visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains qui empêchent de bénéficier des services. À cette fin, le Fonds mondial organisera une réunion multipartite dans le pays lors de laquelle une synthèse des principaux résultats de cette évaluation sera présentée, examinée et débattue, en vue d'exploiter des possibilités existantes de mettre en œuvre ou d'étendre des programmes destinés à éliminer les obstacles liés aux droits humains, qui empêchent de bénéficier des services de lutte contre le VIH et la tuberculose. Ces possibilités sont multiples selon la situation du pays dans le cycle de financement : demande de fonds de contrepartie ; élaboration d'une proposition ; négociation, mise en œuvre ou reprogrammation d'une subvention.

Le Fonds mondial s'appuiera par ailleurs sur l'évaluation pour aider les partenaires dans le pays à élaborer un plan sur cinq ans pour passer du niveau actuel de programmation à des programmes complets visant à éliminer les obstacles. Dans le cadre de ce plan, le pays fixerait des priorités et mobiliserait d'autres donateurs pour financer intégralement les programmes complets évoqués. Enfin, dans le but de consolider le socle de données probantes concernant ces programmes, le Fonds mondial commandera des études de suivi à mi-période et à la fin de la période couverte par la stratégie, afin d'évaluer l'impact sur l'accès aux services anti-VIH et antituberculeux des programmes élargis mis en place dans le cadre du plan sur cinq ans.