



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail



Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant



DOCUMENT DE POLITIQUE NATIONALE DE SOINS ET SOUTIEN AUX OEV ET LEURS FAMILLES



Juillet 2023

AVANT-PROPOS

L'épidémie du VIH et du sida continue de progresser, malgré les connaissances et la disponibilité de traitements et moyens de prévention de plus en plus efficaces.

En Côte d'Ivoire, les actions menées, aussi bien pour la prévention que pour l'accès aux traitements, ont porté leurs fruits. Malgré ces acquis, des efforts restent à faire pour atteindre l'accès universel et l'élimination du VIH d'ici 2030.

La mise en œuvre du Document de politique nationale a permis des avancées notables dans le domaine des soins et soutien aux OEV. Nous pouvons citer, entre autres, le développement de documents nationaux de référence pour des soins et soutien de qualité aux OEV, l'intégration de la problématique des OEV dans les curricula de formation de certaines écoles de base et la formation des partenaires et acteurs aussi bien **en « in » que « pré » service**. Nous notons également le développement d'un partenariat actif avec la mise en place de mécanismes de coordination des interventions au niveau central et périphérique (Comité de pilotage du Centre social restructuré, Comité de réflexion sur la problématique des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/Sida, les plateformes de collaboration et les divers autres cadres de rencontres entre les partenaires nationaux et les autres parties prenantes clés au niveau technique et financier), le développement et le déploiement d'un système de collecte et de rapportage des données.

Ce document traduit la volonté nationale, d'accélérer la réponse au VIH pour le bien-être de la population.

L'actualisation de ce Document politique nationale qui a nécessité la participation de différents secteurs de la société et des principales parties prenantes concernés, devrait contribuer par sa mise en œuvre à la pérennisation de l'accès aux soins des OEV et leurs familles et dans le respect de leur dignité et de leurs droits, tout en protégeant la population contre de nouvelles infections et optimisant les conditions de pérennisation et d'autonomisation.

La Ministre de la Femme, de la Famille et de l'Enfant

Mme Nassénéba TOURE

REMERCIEMENTS

Le présent document est le fruit d’un travail de réflexion et de collaboration entre les différents acteurs intervenant dans le domaine des soins et soutien aux OEV et leurs familles.

Nos remerciements vont à l’endroit de toutes les personnes physiques et morales pour leur engagement, leur disponibilité dans le processus de révision de la politique nationale. Il s’agit :

- Des Ministères techniques :

- Ministère de la Femme, de la Famille et de l’Enfant (MFFE)
- Ministère de l’Emploi et de la Protection Sociale (MEPS)
- Ministère de la Justice et des Droits de l’Homme (MJDH)
- Ministère de l’Education Nationale et de l’Alphabétisation (MENA)
- Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHP-CMU)
- Ministère des Sports (MS)
- Ministère de la Promotion de la Jeunesse, de l’Insertion Professionnelle et du Service Civique (MPJIPSC)
- Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS)

- Des Partenaires financiers

- Du Plan d’urgence de lutte contre le VIH/sida du gouvernement Américain (PEPFAR) qui, depuis 2004 nous soutient au niveau technique et financier dans le développement et la mise en œuvre de la Politique Nationale en faveur des OEV et leurs familles, à travers ses agences que sont CDC et USAID.
- UNICEF

- Des Partenaires Techniques

JHPIEGO, EGPAF, ARIEL GLAZER, IRC, SEV CI, SAVE THE CHILDREN REVE.

- La Société civile :

Les ONG CAVOEQUIVA et CENTRE SAS

Nous remercions tous ceux et celles qui ont participé à une quelconque étape de la production de ce document. Nous restons convaincus de l’implication de tous les acteurs, à quelques niveaux que ce soient, pour l’aboutissement de cette belle initiative.

La Directrice-Coordonnatrice du PN OEV

Dr KOUASSI Flore LAGO

SIGLES ET ACRONYMES

AGR	Activité Génératrice de Revenu
AVEC	Association Villageoise d’Épargne et de Crédit
C-ROS	Comité de Réflexion sur la problématique des OEV
CACE	Centre d’Action Communautaire pour l’Enfance
CADBE	Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l’Enfant
CDC	Centers for Disease Control and Prevention // Centre de contrôle et de prévention des maladies
CDE	Convention des Nations Unies relative aux Droits de l’Enfant
CEROS	Cellule de Réflexion sur la problématique des Orphelins du sida
CEROS-EV	Cellule de Réflexion sur la problématique des OEV
CES	Centre d’Éducation Spécialisée
CIPHIA	<i>Évaluation de l’impact du VIH dans la population générale en Côte d’Ivoire</i>
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPPE	Centre de Protection de la Petite Enfance
CS	Centre Social
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CSE	Complexe Socio-Éducatif
DSD	<i>Differentiated Service Delivery</i>
ECIS	École Ivoirienne des Sourds
EDS -CI	Enquête Démographique et de Santé de Côte d’Ivoire
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
EF/REDES	Estimation des Flux de Ressources et de Dépenses nationales de lutte contre le sida
ENSEP	École Normale Supérieure de l’Éducation Permanente
ENV	Enquête sur le Niveau de Vie des ménages en Côte d’Ivoire
HSB	Hommes ayant du sexe avec des Hommes
IFEF	Institut de Formation et d’Éducation Féminine
INSFS	Institut National Supérieur de Formation Sociale
INS	Institut National de la Statistique
INIPA	Institut National Ivoirien pour la Promotion des Aveugles
IST	Infection Sexuellement Transmissible
ITPC	International Treatment Preparedness Coalition / Coalition Internationale pour la préparation au Traitement
MEPS	Ministère de l’Emploi et de la Protection Sociale
MFFAS	Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales
MFFE	Ministère de la Femme, de la Famille et de l’Enfant
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys / Enquête par grappes à indicateurs multiples
MSHP	Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique
MSSSH	Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés
N-MODA, 2018	Analyse des privations multiples des enfants en Côte d’Ivoire, 2018

PN-OEV – Politique nationale de soins et soutien aux orphelins, autres enfants et leurs familles vulnérables en lien avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire

OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables / Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS / WHO	Organisation Mondiale De La Santé / World Health Organization
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA / UNAIDS	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida / Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
OSC	Organisations de la Société Civile
PND	Politique Nationale de Développement
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief / Plan d'Urgence du Président américain pour la lutte contre le sida
PFC	Plateforme de Collaboration OEV
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PN-OEV	Programme National de prise en charge des OEV
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le sida
PNSSU	Programme National de Santé Scolaire et Universitaire
PPEAV	Programme de Protection des Enfants et Adolescents Vulnérables
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
sida	syndrome de l'immunodéficience acquise
SITAN	Analyse de la Situation de l'Enfant (en Côte d'Ivoire)
SNPS	Stratégie Nationale de la Protection Sociale
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	Offre de service du paquet complet des SONU de base
TARV	Traitement antirétroviral
TS	Travailleurs du sexe
UDVI	Usagers de Drogues par Voie Injectable
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization / Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund / Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	United States's Agency for International Development / Agence des États-Unis pour le Développement International
VACS-CI	Violence Against Children Survey in Cote d'Ivoire // Enquête sur la violence faite aux enfants et aux jeunes en Côte d'Ivoire
VBG	Violence Basée sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPI	Violence entre partenaires intimes

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 : DÉFINITIONS - CONTEXTE

- I. DÉFINITION DES CONCEPTS ET DES TERMES CLÉS 7**
- II. CONTEXTE GÉNÉRAL15**

CHAPITRE 2: ANALYSE DE LA SITUATION DES OEV ET LEURS FAMILLES.....20

- I. SITUATION DES OEV DU FAIT DU VIH ET LEURS FAMILLES.....20**

CHAPITRE 3 : LES PRINCIPES ET LES VALEURS

- I. PRINCIPES DIRECTEURS31**
- II. PRINCIPES OPÉRATIONNELS ET VALEURS31**

CHAPITRE 4 : VISION – OBJECTIFS

- I. VISION.....34**
- II. OBJECTIFS.....34**

CHAPITRE 5 : FONDEMENTS ET STRATÉGIES

- I. FONDEMENTS35**
- II. STRATÉGIES35**

CHAPITRE 6 : MISE EN ŒUVRE

- I. CADRE ET FONDEMENT JURIDIQUE42**
- II. CADRE INSTITUTIONNEL.....44**

CHAPITRE 7 : SYSTÈMES DE COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET ÉVALUATION DE LA POLITIQUE NATIONALE

- I. SYSTÈMES DE COORDINATION50**
- II. Système de suivi évaluation51**

CHAPITRE 1 : DÉFINITIONS - CONTEXTE

I. DÉFINITION DES CONCEPTS ET DES TERMES CLÉS

1. Enfant

Aux termes de l'article premier de la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant (CDE) du 20 novembre 1989, ratifiée par la Côte d'Ivoire en février 1991, un enfant est défini comme tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable. Cette limite d'âge est également celle retenue par la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant (CADBE), adoptée en juillet 1990 et ratifiée par la Côte d'Ivoire en mars 2002. Celle-ci dispose en son article 2 qu'il faut entendre « *par "Enfant" tout être humain âgé de moins de 18 ans.* ».

En droit interne, le législateur ivoirien a actualisé la définition du mineur, l'alignant sur cette définition internationale de l'enfant. Ainsi, aux termes de l'article premier de la Loi n° 2019-572 du 26 juin 2019 relative à la minorité, le mineur en Côte d'Ivoire est désormais « *la personne qui n'a pas encore atteint l'âge de dix-huit ans accomplis.* ».

2. Adolescent.e

- Définition programmatique des Nations Unies

La définition programmatique de l'adolescence des Nations Unies, émise par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est celle admise de prime abord dans la quasi-totalité des domaines en lien avec la santé et le bien-être des personnes. Elle appréhende l'adolescence comme la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, période située entre 10 et 19 ans. C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé¹².

- Choix d'une définition élargie de l'adolescence

En 2012, une série d'articles publiés dans la revue scientifique *The Lancet*³ présentaient les résultats d'une étude conduite en Australie. Cette étude promouvait la nécessité d'une extension de la définition de l'adolescence au-delà de la limite historique de 19 ans fixée par l'OMS, pour la placer à 24 ans. Cette demande d'élargissement à 24 ans de la définition

¹ OMS, *Santé des adolescent.es*,

² WHO, *The second decade: improving adolescent health and development*. World Health Organization, Geneva, 2001

³ Articles publiés sur *The Lancet*, entre autres: "Adolescence: a foundation for future health" ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60072-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60072-5/fulltext)); "Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data" ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60203-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60203-7/fulltext)); "Worldwide application of prevention science in adolescent health" ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60238-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60238-4/fulltext))

de l'adolescence est basée sur le fait que « *les changements du début de la puberté, la nature des changements des rôles sociaux, ainsi que les espoirs et aspirations des adolescent.e.s à travers le monde sont très largement affectés par des facteurs économiques et socioculturels* ». L'étude rappelait également que « *le développement neurocognitif est un autre élément de la maturation biologique avec des effets majeurs dans la capacité à prendre des décisions, le bien-être émotionnel et le comportement* ».

En 2018, une autre étude (« *The age of adolescence* » [L'âge de l'adolescence]) conduite sous la direction de la même chercheuse australienne et publiée dans la revue scientifique *The Lancet - Child and Adolescent Health*⁴, a remis sur la table l'idée d'une redéfinition de l'adolescence pour la situer entre 10 et 24 ans. Relevant la tendance à la puberté précoce et une entrée sociologiquement retardée dans l'âge adulte, l'étude précise que « *le retard des transitions des rôles, y compris l'achèvement des études, le mariage et la parentalité, continuent de modifier les perceptions populaires du début de l'âge adulte. Assurément, la période de transition de l'enfance à l'âge adulte occupe désormais et plus que jamais une place plus grande dans le parcours de vie, surtout à une époque où de nouvelles forces sociales, incluant le marketing et les médias numériques, affectent la santé et le bien-être des adolescents ces dernières années. Une définition élargie et plus inclusive de l'adolescence est essentielle pour l'élaboration de lois, politiques sociales et systèmes de services adaptés au développement* »⁵.

*Et l'étude de conclure : « plutôt que l'âge de 10 à 19 ans, une définition de 10 à 24 ans correspond plus étroitement à la croissance des adolescent.es et à la compréhension populaire de cette phase de la vie, et faciliterait des investissements étendus dans un plus large éventail de contextes »*⁶.

Face aux enjeux de maladies émergentes et de santé mondiale pour un meilleur ciblage comme cela est demandé dans les initiatives internationales de lutte contre le VIH et le sida, tout en prenant en compte les réalités programmatiques et opérationnelle, **la nouvelle approche définitionnelle retenue par le PN-OEV et les parties prenantes situent dans la présente politique nationale l'adolescent.e. comme toute personne âgée entre 10 et 24 ans (en fusionnant ainsi la définition de l'OMS de l'adolescent avec la notion « jeune adulte »).**

⁴ The Lancet, Child and adolescent health, Volume 2, Issue 3, P.223-228, March 2018, [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1) (résumé disponible)

⁵ "In parallel, delayed timing of role transitions, including completion of education, marriage and parenthood, continue to shift popular perceptions of when adulthood begins. Arguably, the transition period from childhood to adulthood now occupies a greater portion of the life course than ever before at a time when unprecedented social forces, including marketing and digital media, are affecting health and wellbeing across these years. An expanded and more inclusive definition of adolescence is essential for developmentally appropriate framing of laws, social policies, and service systems."

⁶ "Rather than age 10–19 years, a definition of 10–24 years corresponds more closely to adolescent growth and popular understandings of this life phase and would facilitate extended investments across a broader range of settings."

3. Orphelin

L’orphelin est défini comme un enfant dont la mère (orphelin de mère) ou le père (orphelin de père) ou les deux parents (orphelin double) sont décédés⁷.

4. Personne vulnérable

La vulnérabilité, selon la Stratégie Nationale de Protection Sociale de la Côte d’Ivoire (SNPS 2013), est l’incapacité plus ou moins grande d’un individu, d’un ménage ou d’une couche de la population à faire face à un risque. La nature et le degré de vulnérabilité dépendent des types de risques ainsi que des capacités des ménages et des individus, qui peuvent varier sur plusieurs dimensions : le statut économique du ménage (revenus, actifs, épargne, etc.), la résidence géographique (proximité des services publics et des marchés, et vulnérabilité aux risques climatiques), le genre, les étapes du cycle de la vie (les enfants et les personnes âgées ayant des vulnérabilités spécifiques à leurs niveaux respectifs d’immaturité et d’invalidité), le niveau d’instruction et de connaissance, les maladies chroniques, les handicaps, etc..

Dans le contexte de la réponse au VIH, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme indique que « *les personnes vulnérables sont celles qui sont plus à risque à l’infection à VIH que la population générale. Selon le contexte national, il peut s’agir des enfants et des jeunes (de 10 à 24 ans), des adolescents et des jeunes femmes (y compris celles qui sont enceintes), des orphelins, des personnes en situation de handicap, des personnes vivant dans la pauvreté extrême, les sans-abri, des travailleurs mobiles, des populations déplacées et d’autres catégories de migrants* »⁸. Une définition qui s’inscrit dans la cohérence de celle donnée par l’ONUSIDA qui indique que la vulnérabilité « *fait référence à l’inégalité des chances, à l’exclusion sociale, au chômage ou à l’emploi précaire (et à d’autres facteurs sociaux, culturels, politiques, juridiques et économiques) qui rendent une personne plus susceptible de contracter le VIH et de développer le sida* »⁹.

5. Enfant ou adolescent.e vulnérable

En application de la définition de la vulnérabilité retenue dans la Politique de protection sociale de la Côte d’Ivoire¹⁰, l’enfant ou l’adolescent.e vulnérable est l’individu de ces deux tranches d’âge qui éprouve une incapacité plus ou moins grande à faire face à un risque¹¹.

⁷ ONUSIDA, UNICEF, USAID, *Les enfants au bord du gouffre 2004 - Rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d’orphelins et cadre d’action, 2004*

⁸ Fonds Mondial, Note d’information VIH Période d’allocation 2023-2025, version actualisée de décembre 2022

⁹ ONUSIDA, *Guide de terminologie de l’ONUSIDA, 2019*

¹⁰ MEMEASFP, *Stratégie nationale de protection sociale, document de stratégie, Mars 2013*

¹¹ Le document de stratégie définit le risque comme « *un événement futur incertain (de probabilité plus ou moins élevée) qui, lorsqu’il se produit, est nuisible au bien-être et aux droits des individus et se manifeste comme un « choc* » ».

La vulnérabilité est bien souvent le résultat de l'influence négative de facteurs extérieurs venus de la société, sur la capacité de l'individu à faire face à un risque¹². Ce terme renvoie à la situation d'extrême fragilité des enfants ou des adolescent.e.s, induite par l'action directe ou indirecte du VIH ou de tout autre événement malheureux sur leur vie.

6. Orphelin et Enfant Vulnérable (OEV)

Le terme "OEV" désigne généralement des « *orphelins et autres groupes d'enfants qui sont plus exposés aux risques que leurs pairs. Dans un contexte opérationnel, on peut dire que ce sont des enfants chez qui il existe de fortes probabilités d'échapper aux programmes réguliers ou, conformément à la définition en termes de protection sociale : les OEV sont des groupes d'enfants chez qui le taux de résultats négatifs, tels que la déscolarisation, la morbidité et la malnutrition, est plus élevé que chez leurs pairs* »¹³.

Pour combler ce gap, ces enfants et adolescent.e.s doivent bénéficier d'une attention particulière à travers des programmes ayant pour objectif d'éliminer les obstacles qui les empêchent de participer de manière équitable aux projets élaborés en faveur de tous les enfants, ou à travers des stratégies et interventions qui chercheront à répondre spécifiquement à leurs besoins.

7. Orphelin et l'enfant vulnérable au VIH en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, la politique nationale de soins et soutien aux orphelins, autres enfants et leurs familles vulnérables en lien avec le VIH cible deux catégories d'enfants et adolescent.e.s : les OEV du fait du VIH et du sida d'une part ; et les enfants ou adolescent.e.s en situation de vulnérabilité face au VIH d'autre part.

8. OEV du fait du VIH et du sida

L'OEV du fait du VIH est tout enfant ou adolescent.e de 0 à 24 ans qui a **un lien direct avec le VIH** et qui présente au moins l'une des vulnérabilités suivantes :

- Orphelin.e de père, de mère ou des deux parents, dont au moins l'un des deux a été diagnostiqué positif au VIH ;
- Né.e ou vivant avec le VIH, cela inclus les enfants et adolescent.e.s diagnostiqué.e.s positif.ve.s au VIH sans qu'aucun de leurs parents ne le soit;
- Dont l'un ou les deux parents vit/vivent avec le VIH et a/on été diagnostiqué.e.s ;
- Dont la famille accueille un enfant vivant avec le VIH, affecté ou un orphelin du fait du VIH;
- Dont la famille est affectée économiquement par la pandémie du VIH (soutien de personnes malades ou d'orphelins du fait du VIH, etc.) ;

¹² ONUSIDA (1998), *Élargir la riposte mondiale au VIH/SIDA par une action mieux dirigée : réduction du risque et de la vulnérabilité : définitions, analyse raisonnée et voies à suivre*

¹³ Banque Mondiale (2005), *Boîte à outils pour les OEV : Une Boîte à outils pour la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) en Afrique Sub-Saharienne (ASS)*

9. Enfants ou adolescent.e en situation de vulnérabilité face au VIH

Dans la présente Politique Nationale, est considéré comme en situation de vulnérabilité au VIH tout enfant ou adolescent.e de 0 à 24 ans ayant **un lien indirect avec le VIH**, et qui :

- ❖ *est dans une situation l'exposant au VIH :*
 - Victime de violence (viol, abus ou exploitation sexuelle, Mutilation Génitale Féminine (MGF);)
 - Adolescente, notamment les jeunes filles victimes d'exploitation sexuelles
 - En situation de handicap ;
 - Travailleur(lleuse) du sexe,
 - Usager(ère) de drogues.

- ❖ *vit dans un milieu à risque au VIH:*
 - Milieu des travailleur(lleuse)s de sexe et des usagers de drogues ;
 - Milieu carcéral ;
 - Environnement de la rue (enfant ou adolescent.e des rues).

10. Famille

La famille est une communauté de personnes réunies par des liens de parenté¹⁴. Elle est dotée d'un nom, d'un domicile et crée entre ses membres une obligation de solidarité morale et matérielle, censée les protéger et favoriser leur développement social, physique et affectif (Lévi-Strauss, 1971).

La protection des enfants, adolescent.e.s et des jeunes incombe principalement à la famille qui doit les aider et faciliter leur socialisation.

Il existe plusieurs types de familles, entre autres :

- **Famille nucléaire**: deux parents avec un ou plusieurs enfants, vivant tous sous le même toit ;
- **Famille polygame** : un homme est en union avec plusieurs conjointes, et vivant tous sous le même toit ou non ;
- **Famille élargie** : parents, enfants, tantes, oncles, grands-parents et autres parents vivant ou non sous le même toit ;

¹⁴ La notion de parenté est une « *relation sociale [qui] ne se confond pas avec la consanguinité : à partir du lien purement physique de la filiation, chaque société construit son système de parenté, qui est un système arbitraire de représentation, présent seulement dans la conscience des hommes et non dans le développement d'une situation de fait [...] s'aidant d'un rituel sans rapport avec le lien de filiation et de consanguinité engendrant néanmoins les mêmes droits et les mêmes obligations* » (D. PAULME, 1963)

- **Famille reconstituée ou recomposée** : parents vivant avec les enfants issus d'union(s) précédente(s) et/ou de leur union actuelle ;
- **Famille monoparentale** : composée d'un père ou d'une mère de famille sans conjoint(e) avec un ou plusieurs enfants ;
- **Famille sans adulte** : composée uniquement d'enfants et/ou adolescent.e.s, dont le plus âgé joue le rôle de chef ménage ;
- **Famille d'accueil** : Une famille agréée suivant une procédure décrite par arrêté du ministre chargé de la protection de l'enfant et l'effet d'accueillir en son sein un enfant qui lui sera confié par décision¹⁵ du juge du tutelle à des fins de protections recevant en son sein un enfant qui n'est pas le sien ;
- **Famille de confiage** : caractéristique d'une famille dans laquelle un enfant transite depuis le foyer de ses parents biologiques vers le foyer d'un membre de la famille, d'un ami, ou d'une simple connaissance, qui en assure la garde et l'entretien, voire plus.
- **Famille d'adoption** : filiation d'enfants en vertu d'un acte juridique qui légitime l'adoption et la filiation et conduit souvent à la transmission d'un nom.

Quel que soit le type de famille, les besoins d'épanouissement, de développement et de protection des enfants demeurent les mêmes¹⁶.

11. Familles vulnérables

La notion de famille vulnérable n'est pas facile à appréhender, à définir. Cependant nous retiendrons ici que les familles vulnérables sont celles qui sont confrontées à divers facteurs de risques (pauvreté, précarité, insuffisance de ressources, analphabétisme ou faible niveau d'instruction, absence de logement ou logement insalubres ou surpeuplés, maladies, insécurité alimentaire, chômage, etc.) qui fragilisent leurs conditions matérielles et morales de vie et les limitent dans la possibilité d'offrir à leurs enfants le minimum (services sociaux de base).

Dans le contexte de la Politique Nationale de soins et soutien aux OEV et leurs familles, la notion de famille vulnérable cible les types de famille ci-après :

- **Famille économiquement faible** : un ménage affecté par le VIH, ayant peu de revenu et qui éprouve des difficultés à subvenir aux besoins primaires de tous ses membres (santé, alimentation, éducation, etc.)
- **Famille avec un/une enfant ou adolescent.e chef de ménage** : un ménage affecté par le VIH, composé uniquement d'enfants et d'adolescent.e.s dont l'un ou le plus âgé joue de fait le rôle de chef de ménage.

¹⁵ Décret n°2023-90 du 15 Février 2023 portant réglementation des familles d'accueil.

¹⁶ PN-OEV, *Évaluation de l'offre de service aux OEV et leurs familles dans cinq régions de la Côte d'Ivoire : Abidjan-Abobo, Bouaké, Bondoukou, Man, San-Pedro - Rapport final*, 2017

- **Famille avec un grand malade** : un ménage dont l'un des membres est atteint d'une maladie chronique dont la prise en charge amenuise les ressources du ménage et demande une forte dépendance des autres membres dudit ménage.

12. Approche de la programmation VIH centrée sur la famille

Dans le contexte VIH, l'approche centrée sur la famille est une « *approche de soins globale et coordonnée qui prend en charge les besoins tant des enfants que des adultes au sein d'une même famille. Elle s'efforce de satisfaire les besoins en matière de soins de santé et de soutien social, soit directement soit indirectement, au moyen de partenariats stratégiques et/ou d'orientations vers d'autres prestataires de services, ou de liens avec ceux-ci* »¹⁷.

Cette approche reconnaît que la qualité de vie d'un enfant et d'un.e adolescent.e est liée à la vie et à l'expérience de la famille au sein de laquelle il ou elle vit. L'approche de la programmation VIH centrée sur la famille montre que, si les problèmes affectant l'enfant et l'adolescent.e dans le ménage dans lequel il/elle vit, tels que l'extrême pauvreté ou la maladie d'un membre de sa famille ne sont pas traités, la qualité de vie de celui-ci/celle-ci ne peut être améliorée. L'accent ne doit donc pas être mis sur les seuls besoins de l'enfant ou de l'adolescent.e qui est la cible primaire de la politique nationale de réponse à la problématique des OEV.

13. Approche de la gestion des cas

Dans le contexte des programmes OEV, l'approche de la gestion des cas est un processus systématique et organisé pour identifier les ressources, capacités et besoins prioritaires des enfants et leurs familles affectés par le VIH. Il implique les étapes suivantes: l'identification des enfants et des familles vulnérables; l'évaluation de leurs besoins et de leurs ressources; la construction de relations visant à définir des objectifs et buts à la fois spécifiques et réalistes; la planification d'actions pour réaliser ces objectifs et buts; l'offre de services de qualité adaptés aux besoins identifiés; le suivi de l'offre de services (en regardant s'ils sont offerts au moment opportun, adaptés au contexte, individualisés, axés sur l'approche de la programmation basée sur la famille) et des progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs et buts définis¹⁸.

14. Prestation Différenciée des Services (DSD)

La notion de Prestations différenciée des services¹⁹ connaît différentes définitions complémentaires. Ainsi, pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il s'agit d'une approche axée sur le patient qui consiste à simplifier et à restructurer les services afin de mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et de soulager les systèmes

¹⁷ International HIV/AIDS Alliance, *La programmation VIH centrée sur la famille au bénéfice des enfants*, 2012

¹⁸ Catholic Relief Services (2017), *Good practices in case management how your OVC program can be ready for a Site Improvement Monitoring System (SIMS) assessment*

¹⁹ En anglais « Differentiated Service Delivery – DSD »,

de santé²⁰. La Coalition Internationale pour la préparation au Traitement (ITPC), précise quant à elle que cette approche de délivrance de soins adapte et simplifie les services de traitement aux préférences et aux besoins des personnes vivant avec le VIH, plutôt que de déployer un seul et unique type d’approche pour tous²¹.

En plus de permettre la réduction des obstacles à l’accès aux services, la prestation différenciée de services vise à améliorer la qualité de l’expérience du patient (du bénéficiaire) en le mettant au cœur de la prestation de services, tout en s’assurant que le système de santé, de soins et soutien fonctionne de manière efficace et responsable²².

Si cette approche est essentiellement développée dans le domaine de la définition et du déploiement de modèles de soins en direction des personnes vivant avec le VIH, notamment pour les enfants, les adolescent.e et les femmes enceintes et allaitantes, il nous semble également important de s’en inspirer pour la mise en œuvre de la politique nationale en faveur des enfants et adolescent.e.s affecté.e.s ou en lien avec le VIH concerné.e.s par la présente Politique nationale.

²⁰ OMS, La prestation différenciée de services aux enfants et adolescents, [\(https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-CDS-HIV-19.25#:~:text=La%20prestation%20diff%C3%A9renci%C3%A9e%20des%20services,soulager%20les%20syst%C3%A8mes%20de%20sant%C3%A9\)](https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-CDS-HIV-19.25#:~:text=La%20prestation%20diff%C3%A9renci%C3%A9e%20des%20services,soulager%20les%20syst%C3%A8mes%20de%20sant%C3%A9). (2019)

²¹ ITPC, Prestation Différenciée des Services (DSD), <https://itpcglobal.org/fr/blog/treatment/differenciation-prestation-de-services/>

²² Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, Ehrenkranz P, Ellman T, Ferris R, et al. Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *Journal of the International AIDS Society*. 2016;19(1):21484, in « CADRE DÉCISIONNEL POUR LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX - Pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et qui allaitent »

II. CONTEXTE GÉNÉRAL

1. Contexte sociodémographique

Les Résultats Globaux du 5^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de la Côte d'Ivoire, réalisé en 2021 avec un taux de croissance moyen annuel 1998-2021 de 2,9% en baisse par rapport à la période 1988-1998 de 3,8%, donnent une population générale de 29 389 150 habitants. Cette population, en 2021, est composée en majorité d'hommes, qui représentent 15 344 990 hommes (52,2%) contre 14 044 160 femmes (47,8%). La ville d'Abidjan à elle seule concentre 36% de la population urbaine, suivie de celle de Bouaké avec 4,7%. Selon les projections de l'Institut National de la Statistique (INS), la population serait estimée à 30 163 658 habitants en 2022.

En Côte d'Ivoire, 17 villes sont peuplées de plus de 100 000 habitants. Il est noté majoritairement 15 428 957 personnes (52,5%) qui sont en zones urbaines contre 13 960 193 (47,5%) dans les localités rurales en Côte d'Ivoire. Dans le pays, un ménage compte en moyenne 5,2 personnes, avec une densité de la population qui s'établit à 91,1 habitants/km² au niveau national. Une densité en progression en comparaison avec les résultats du RGPH de 1988 qui indiquait 48 habitants/km².

Concernant la structure par âge, le RGPH-2021 révèle que la population ivoirienne demeure très jeune. Les moins de 35 ans représente 75,6 % de la population totale, soit un peu plus de 3 personnes sur 4. Les personnes âgées de 10 à 24 ans représentent 9 798 611 (33,33%) de la population totale avec 3 573 022 (12,15%) des 10-14 ans ; 3 227 831 (11%) des 15-19 ans et 2 997 758 (10,20%) de 20-24 ans. Elles constituent une population cible avec d'importants besoins sociaux à satisfaire.

De plus, les résultats de l'Analyse de la situation des enfants et des femmes en Côte d'Ivoire (SITAN 2019) ont montré l'avancement de la Côte d'Ivoire dans la protection des droits des enfants et des femmes avec des progrès notables enregistrés ces dernières années dans les domaines suivants : *accès (i) à l'éducation primaire, (ii) à l'eau potable et (iii) aux soins de santé de qualité pour la mère et l'enfant*. Cependant, de nombreux défis ont été identifiés et auxquels les filles et les garçons doivent encore faire face, notamment dans les domaines de la lutte contre toutes les formes de violences sur les enfants, la pauvreté non monétaire²³, l'éducation de la jeune fille, la mortalité maternelle et infantile, l'insertion sociale et économique des adolescent.e.s.

²³ La pauvreté non monétaire est liée aux effets des faibles revenus. Les indicateurs varient selon les pays et les structures. Mais globalement, est pauvre, ou du moins en situation défavorisée, une personne, un ménage, dont la situation, dans un domaine particulier (ex : impossibilité d'acheter ou consommer des produits alimentaires de base, honorer des dépenses de logement, de santé primaire, etc.), est fortement éloignée de la situation jugée comme acceptable dans une société (ou la situation observée en moyenne ou médiane). Il faut noter qu'il existe des personnes pauvres sur le plan monétaire mais pas non monétaire (parce qu'elles ont peu de dépenses, qu'elles sont aidées par des proches, ...). Et inversement, des personnes pauvres sur le plan non monétaire mais pas monétaire (car elles ont un revenu convenable mais beaucoup de dépenses ou des difficultés d'ordre social).

L'Enquête à Indicateurs Multiples sur la situation des femmes et des enfants en Côte d'Ivoire (MICS 5 – 2016) a révélé l'importance des grossesses précoces en Côte d'Ivoire. En effet, une jeune fille de 20-24 ans sur quatre (25,4%) avait accouché avant l'âge de 18 ans. Dans le même temps la prévalence contraceptive est restée faible chez les femmes en union (15,5%) et que près d'un tiers (30,5%) des besoins de contraception chez ces femmes n'ont pas pu être satisfaits. L'indice synthétique²⁴ de fécondité reste stable à 4,6 enfants par femme âgée de 15-49 ans.

Dans le domaine de l'alphabétisation et de l'éducation, la MICS 5 note une faible préparation des enfants à l'entrée dans le cursus scolaire, avec moins d'un enfant au CP1 sur cinq qui a fréquenté une classe préscolaire l'année précédente. Le taux net de fréquentation entre filles et garçons à l'école primaire est en nette progression (0,90 en 2012 et 0,93 en 2016), mais reste moins élevé dans l'enseignement secondaire malgré une hausse (0,74 en 2012 contre 0,78 en 2016). Par ailleurs, un enfant sur quatre (23%) en âge d'être scolarisé au primaire et 41% dans l'enseignement secondaire reste en dehors de l'école.

Le taux d'alphabétisation des 15-24 ans est plus élevé chez les garçons (63,8%) que chez les filles (47,2%) contre 48,7% des femmes et 32,5% des hommes chez les 15-49 ans qui n'ont aucune instruction.

Pour finir, le Ministère en charge de l'éducation nationale et de l'alphabétisation a révélé en 2023 que 45% de la population de la Côte d'Ivoire ne sait ni lire ni écrire en français, un taux en baisse régulière depuis plus d'une dizaine d'année, mais qui cache des disparités entre les régions, les catégories sociales, et qui reste élevé.

2. Contexte socio-économique

Malgré ses performances économiques, la Côte d'Ivoire a subi l'impact de la crise socio-économique mondiale et régionale difficile, exacerbée par la crise sanitaire de la COVID-19 qui a surpris et fragilisé bien des pays dans le monde entier. En dépit d'une croissance économique dynamique, forte et stable depuis plus d'une dizaine d'années, la Politique Nationale de Développement (PND 2021-2025) précise que la Côte d'Ivoire enregistre un niveau important de pauvreté estimé à 39,4% en 2020.

Selon l'Enquête sur le niveau de vie des ménages de 2015, la pauvreté est plus accentuée en milieu rural (56,8%) qu'en milieu urbain (35,9%). Le taux de travailleurs pauvres²⁵ est plus élevé chez les femmes (34,68%), en milieu rural (43,1%), chez les personnes âgées de 36 ans ou plus (35,98%) et parmi les personnes n'ayant aucun niveau d'instruction

²⁴ Nombre d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie reproductive si, à chaque âge elle devait connaître la fécondité observée durant l'année considérée

²⁵ Selon le rapport de l'ENV 2015, « est pauvre en 2015, celui qui a une dépense de consommation inférieure à 737 Francs CFA par jour soit 269 075 Francs CFA par an. Le seuil d'extrême pauvreté correspondant au revenu le plus élevé du décile le plus pauvre (les 10% les plus pauvres de l'ensemble de la Côte d'Ivoire) est de 122 385 FCFA par tête et par individu, soit une dépense journalière de 335 FCFA. »

(41,1%). En plus, l’analyse de l’emploi en relation avec le statut de pauvreté indique que plus du tiers de la population en emploi est pauvre (35,5%). La pauvreté est plus accentuée chez les agriculteurs (5 agriculteurs sur 10 sont pauvres) et le plus faible taux de pauvreté est enregistré chez les personnes exerçant des activités de services telles que les transports, l’administration générale (22,4%).

Selon l’analyse des privations multiples des enfants en Côte d’Ivoire (N-MODA, 2018), au niveau national, 96,7% des enfants de 0-17 ans subissent au moins une privation sur les sept dimensions²⁶ du bien-être spécifique à chaque âge, 84,7% au moins 2 privations, 64,3% au moins 3 privations et 38,6% au moins 4 privations.

Par ailleurs, l’impact socio-économique de la pandémie du VIH, ajouté aux effets de la COVID a accentué la paupérisation des ménages, et notamment des familles affectées par le VIH et le sida. En effet, dans de nombreux cas, la présence du VIH entraîne une dislocation de la cellule familiale après le décès des parents. Les enfants seront récupérés par des membres de la famille élargie ou vivent seuls (le plus âgé d’entre eux devenant de fait Chef du ménage). De plus, le VIH prive souvent la famille de ses biens et de ses soutiens familiaux, accentuant encore sa pauvreté²⁷.

Malgré ces évidences, la composante « *Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH (OEV)* », regroupant tous les services destinés à l’amélioration de la qualité de vie de cette cible, ainsi que des familles affectées par le VIH et le sida, fait partie des secteurs insuffisamment pourvus en ressources dans les fonds mobilisés pour répondre à l’épidémie au VIH en Côte d’Ivoire. Ainsi, selon les données disponibles, seuls 2,71% en 2010 et 2,70% en 2011 des financements internes et externes pour la lutte contre le sida en Côte d’Ivoire ont été consacrés à la problématique des OEV et de leurs familles dans les catégories de dépenses²⁸.

3. Contexte socio-sanitaire

L’Enquête Démographique et de Santé de Côte d’Ivoire (EDS) 2021, l’Analyse de la situation des enfants et des femmes en Côte d’Ivoire (SITAN) 2019 et le MICS-5 2016 fournissent une série d’informations et de données actualisées sur la situation sanitaire des enfants et adolescent.e.s.

Les causes sous-jacentes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et de leurs mères sont clairement identifiées. Parmi celles-ci figure l’accès insuffisant aux services de

²⁶ Les dimensions, retenues de façon consensuelle relativement à la pauvreté des enfants sont les suivantes : **pour les enfants âgés entre 0 et 4 ans** : logement, eau, assainissement, santé, protection contre la violence, nutrition, protection de l’enfant ; **pour les enfants âgés entre 5 et 14 ans** : logement, eau, assainissement, santé, protection contre la violence, éducation, protection contre le travail des enfants ; **pour les enfants âgés entre 15 et 17 ans** : logement, eau, assainissement, santé, protection contre la violence, éducation, information.

²⁷ ONUSIDA (2002), *Rapport sur l’épidémie mondiale du VIH/sida*

²⁸ MSL (2013), *Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le sida (EF/REDES) Côte d’Ivoire 2010 & 2011*

prévention et de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE)²⁹ et du VIH pédiatrique.

En ce qui concerne l'offre et la qualité des services pour la santé des enfants et femmes, les barrières à surmonter intègrent, entre autres, l'insuffisance de couverture en établissements sanitaires encore limitée dans certaines régions ; en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ; l'offre de service du paquet complet des SONU de base (SONUB) dans les établissements sanitaires et le manque de personnels formés en SONU et pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et du VIH pédiatrique. Relativement au droit des adolescent.e.s à la santé, la SITAN 2019 rappelle que les principales causes de morbidité des adolescent.e.s sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les cas de diarrhées, les affections buccodentaires, les IST et l'anémie. Cette étude nous apprend également que le niveau élevé de violences physiques, émotionnelles et sexuelles auquel les enfants sont exposés, la forte prévalence du travail dangereux chez les 12-14 ans (29,2 %) et 15-17 ans (34,6 %) et la consommation grandissante d'alcool et de drogues constituent des risques sanitaires supplémentaires pour les adolescent.e.s.

En Côte d'Ivoire, la majorité des filles entrent dans la vie sexuelle active à un âge précoce. Selon le MICS-5, 18,9% des filles de 15-24 ans ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et cette proportion dépasse les 25% dans le Nord-Ouest (29,4%) et l'Ouest (28,8 %). De plus, 56,7 % des jeunes femmes de 15-19 ans affirment avoir déjà eu des rapports sexuels, contre 39,5% des jeunes hommes du même âge. Malgré les efforts du pays, force est de constater la persistance des comportements à risque chez les jeunes, adolescent.e.s et adultes et une couverture insuffisante des interventions en direction des populations cibles. L'EDS 2021 nous apprend que 73,1% des adolescent.e.s et jeunes femmes âgés de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient, ont déclaré qu'un condom n'avait pas été utilisé au cours de ces rapports sexuels. Le pourcentage de jeunes femmes âgées de 15-24 ans qui ont une connaissance des moyens de prévention du VIH était plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural respectivement 37% contre 20%. En outre, à peine 24% de femmes et 33% d'hommes chez les jeunes de 15-24 ans identifient correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du VIH³⁰.

Sur le terrain de la lutte contre la discrimination, malgré les progrès accomplis, notamment en matière de scolarisation au primaire, des inégalités de genre demeurent

²⁹ « La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) vise à réduire la mortalité, la morbidité et le niveau d'invalidité et à promouvoir la croissance et le développement des enfants de moins de cinq ans à travers des interventions préventives et curatives mises en œuvre par les familles, les communautés et les centres de santé. Cette stratégie vise également à renforcer les capacités de gestion des cas du personnel de santé, à moderniser les systèmes de santé et à améliorer les pratiques des familles et des communautés en matière de santé. », SITAN 2019, note de fin de page n°93.

³⁰ INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples 2016, Rapport des Résultats clés. Abidjan, Côte d'Ivoire, 2017

au détriment des filles en matière d’accès au savoir et à l’emploi selon la SITAN 2019. Plusieurs catégories d’enfants et d’adolescent.e.s sont plus particulièrement exposées à des risques de discriminations, tels que celles et ceux en situation de handicap, atteints d’albinisme, usager.ère.s de drogue, à risque d’apatridie, les adolescent.es Lesbiennes, gays, bisexuel(le)s, transsexuel(le)s, intersexuel(le)s, les orphelins et enfants vulnérables (OEV) du fait du VIH et du sida. Par ailleurs, de nombreux jeunes déscolarisés sans emploi courent un risque de rupture sociale.

Les résultats de l’étude Index Stigma 2.0, réalisée en 2020 par le Réseau ivoirien des organisations des personnes vivant avec le VIH (RIP+), avec l’appui technique et financier de l’ONUSIDA Côte d’Ivoire, apporte une lumière nouvelle en permettant d’évaluer le niveau de la stigmatisation et de la discrimination à l’endroit des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), incluant les populations clés (TS, HSH, UDI, Transgenres) en Côte d’Ivoire. Relativement à l’expérience de la stigmatisation et de la discrimination en raison du statut sérologique, près d’une personne sur dix affirme ne pas être sous traitement ARV en évoquant diverses raisons (crainte que d’autres personnes découvrent le statut, crainte que cette découverte soit faite par le/la partenaire, la famille ou les amis, pas prêt à faire face à leur infection au VIH, crainte du mauvais traitement par les agents de santé ou que ces derniers révèlent la séropositivité sans le consentement ainsi qu’une mauvaise expérience antérieure avec un agent de santé).

CHAPITRE 2: ANALYSE DE LA SITUATION DES OEV ET LEURS FAMILLES

I. SITUATION DES OEV DU FAIT DU VIH ET LEURS FAMILLES

1. Dans le monde

Au plan mondial, l'UNICEF indiquait que sur les 147 millions d'enfants orphelins (0-17 ans) toutes causes confondues enregistrés dans le monde en fin 2021, 14.9 millions avaient perdu l'un ou les deux parents du fait d'une cause liée à leur infection au VIH sida. Trois quart (3/4) de ces enfants, soit 11.2 millions (9.1–13.6 millions] vivaient en Afrique subsaharienne³¹. Les orphelins et enfants considérés comme étant en situation de vulnérabilité, notamment du fait du VIH et du sida, courent un risque plus élevé de ne pas être scolarisés ou d'être déscolarisés, de vivre dans des ménages en insécurité alimentaire et de souffrir d'anxiété et de dépression, selon l'Unicef.

Malgré la bonne articulation des interventions cliniques nécessaires pour réduire le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH, l'ONUSIDA note également que « *les obstacles sociaux et économiques continuent de gêner l'accès, l'adhésion et le maintien des enfants dans les soins. Des millions d'enfants vivent dans des familles touchées par le VIH, avec un risque accru de pauvreté, de maladie, de perte de logement, de décrochage scolaire, de discrimination et de perte d'opportunités pour la vie, que les enfants eux-mêmes vivent ou non avec le VIH* ». Les enfants dans les familles touchées par le VIH sont de ce fait vulnérables³².

Les OEV et leurs familles doivent bénéficier d'un paquet complet de services de soins et soutien, notamment le soutien médical. Ces services sont cruciaux pour le bien-être et la survie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les soignants et les OEV. Ces enfants sont également plus exposés au VIH. Leurs expériences de vie diffèrent selon les familles, les communautés et les pays dans lesquels ils vivent, et sont influencées par un mélange complexe de variables (entre autres facteurs nous avons les relations des enfants avec leurs soignants, le niveau de revenu des ménages dans lesquels ils et elles vivent, la richesse de leurs communautés, le niveau de la prévalence du VIH dans la région).

Pour s'occuper correctement des orphelins et des enfants en situation de vulnérabilité, l'UNICEF et l'ONUSIDA s'accordent à préciser qu'un paquet de soins et de soutien à leur profit est nécessaire. Celui-ci devrait comprendre l'accès à l'éducation, aux soins de santé, au soutien psychosocial et des soins de santé mentale, à la protection sociale (intégrant l'appui socioéconomique), la protection, à la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Cependant, si les lois, les politiques et les services qui aident les familles et les communautés à s'occuper des enfants à risque n'apportent pas d'aide aux familles et

³¹ Unicef, Orphanhood,

<https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/orphanhood/#:~:text=As%20of%202021%2C%20an%20estimated,live%20in%20sub%2DSaharan%20Africa.&text=Source%3A%20UNAIDS%202022%20estimates.>, July 2022, consulté le 25 avril 2023.

³² ONUSIDA, *Soins et soutien du VIH - Soins et soutien du VIH prenant en compte les lignes directrices unifiées de l'OMS de 2016*, 2016

communautés dans lesquelles vivent ces enfants orphelins, ce soutien a tendance à rester faible.

Dans son rapport "*Addressing inequities in the global response Children, adolescents and AIDS*", l'UNICEF précise que trois inégalités (géographique, genre et pauvreté) exacerbent et impactent encore plus les enfants et adolescents affectés par le VIH. Là où un enfant affecté par le VIH naît, son genre, et son accès aux ressources constituent des prédictions clés qui conditionnent comment peut évoluer sa vulnérabilité au VIH, la garantie d'être en santé et sécurité de manière générale, sa possibilité d'avoir accès à l'éducation et comment il peut être prédisposé à demeurer dans la pauvreté. En tant que groupe, les filles ont trois fois plus de risque de contracter une infection au VIH, en comparaison avec leurs pairs masculins, avec d'importantes disparités selon les régions³³.

2. En Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire reste parmi les pays les plus touchés par la pandémie du VIH de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Les données du SPECTRUM 2023 (PNLS) rappellent que l'épidémie du VIH en Côte d'Ivoire reste mixte avec une prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans de 1,82% (*Prévalences détaillées : 1,78% chez les 15-49 ans, 1,09% chez les Hommes en fin 2022, 2,48% chez les Femmes ; chez les garçons de 15-19 ans 0,48% et les filles de 15-19 ans 0,53%, chez les hommes de 20-24 ans 0,43% et les femmes de 20-24 1,26%*).

En fin 2022, le pays estime à 407 595 le nombre de personnes vivant avec le VIH, dont 20 981 enfants de 0-14 ans et 386 614 adultes (15 135 de 15-19 ans et 23 474 de 20-24 ans), avec 49 districts sanitaires qui représentent 80% des PVVIH estimées. L'épidémie garde un visage féminin avec 270 405 (66%) femmes séropositives contre 137 190 (34 %) hommes vivant avec le VIH.

Les progrès de la thérapie antirétrovirale et l'accès au traitement prolongent la vie des enfants et adolescent.e.s vivant avec le VIH. Mais des injustices persistent encore dans leur accès. En effet, la couverture du traitement ARV chez les enfants de 0-14 ans est de 50%, 51% et 54% respectivement en 2019, 2020 et 2021 contre 69%, 74% et 77% chez les adultes, et 96% -91% - 95% chez les mères en PTME. Ce qui veut dire que 50%, 49% et 46% des enfants vivant avec le VIH n'ont pas bénéficié des traitements salvateurs en 2019, 2020 et 2021³⁴.

La situation ne s'est pas améliorée en 2022, car les données de SPECTRUM 2023 (PNLS) montrent que seuls 44 % des enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH sont diagnostiqués et connaissent leur statut sérologique (recevant tous et toutes un traitement antirétroviral), alors que ce taux est de 85% chez les adultes (90% d'entre eux

³³ UNICEF, *Addressing inequities in the global response Children, adolescents and AIDS in 2022*

³⁴ Analyse situationnelle de l'élimination du sida pédiatrique en Côte d'Ivoire, novembre 2022

sont sous traitement ARV). Le taux de suppression virale chez les enfants et adolescent.e.s jusqu'à 19 ans était de 79% à la fin 2022 contre 85,5% pour l'ensemble des PVVIH (Spectrum 2023).

Relativement aux nouvelles infections, le pays en a enregistré 8 978 en 2022: 63% de femmes (5 635) et 37% d'hommes (3 343), 18 % sont âgées de 0-4 ans (9% de filles et 9% de garçons) ; les adolescentes et jeunes femmes de 15-24 ans représentaient 18,4% (1650 sur 8978) de l'ensemble des nouvelles infections au niveau national.

3. Les problèmes des OEV du fait du VIH et de leurs familles

Face à l'impact de l'épidémie du VIH sur les enfants en Côte d'Ivoire, plusieurs analyses situationnelles sur la problématique des OEV ont relevé que ces enfants et leurs familles sont confrontés à des difficultés : l'accès aux services sociaux de base (éducation, soins de santé, alimentation, protection, abris etc.), les problèmes d'ordre économique et psychosocial particuliers tels que l'isolement social, la discrimination, la stigmatisation, le déni de leurs droits patrimoniaux et successoraux liés au traumatisme que cause cette maladie, et à l'épuisement des revenus des ménages³⁵.

Les résultats de l'Évaluation de l'offre de service aux OEV et leurs familles dans cinq régions de la Côte d'Ivoire³⁶ indiquent que les besoins exprimés par les parents/substituts parentaux pour les enfants à charge portent principalement sur les soins de santé (60,7%), la sécurité alimentaire et la nutrition (39,3%), le renforcement économique durable (39,3%), l'éducation et la mise en apprentissage (35,7%).

Quant aux informations recueillies auprès des OEV, elles font ressortir ces principaux besoins qui s'articulent autour de l'éducation et de l'apprentissage (9,3%), du renforcement économique (7,9%), des soins de santé (4,1%), de la sécurité alimentaire et de la nutrition (3,4%), de la protection (3,4%) et du psychosocial (3,4%)³⁷.

³⁵ Rapport des différentes analyses situationnelles conduites par le PN-OEV depuis 2004, dans le cadre de la mise en place des Plateformes de collaboration OEV

³⁶ Le champ géographique couvert par cette évaluation a concerné cinq régions administratives (Abidjan-Abobo, Bondoukou, Bouaké, San Pedro et Man). Un choix raisonné a été utilisé pour la sélection des sites de l'étude. Ce choix a été fondé sur la prévalence du VIH, la densité de la population, l'année de mise en place des plateformes, la nécessité de couvrir les grands ensembles géographiques du pays (Est, Sud-Ouest, Ouest, Sud et Centre) et les contraintes budgétaires.

³⁷ Selon le rapport final de l'Évaluation de l'offre de service aux OEV et leurs familles dans cinq régions de la Côte d'Ivoire (2017), « l'expression de besoins semble faiblement perçue par les OEV enquêtés. Moins de la moitié des OEV se sont exprimés sur ce dont ils ont besoin dans le cadre de la réponse à leur préoccupation [...] Ce faible niveau d'expression des besoins résulterait soit d'une méconnaissance totale des interventions des ONG par les OEV et de leur capacité à donner réponse à leurs sollicitations, soit parce que dans l'imaginaire des enfants, seuls les parents/substituts parentaux sont les principaux pourvoyeurs de leurs besoins ».

À ces résultats de l'Évaluation du PN-OEV, l'état des lieux qui suit prend en compte de s constatations et remontés de terrain, mais aussi d'orientations et recommandations internationales dans l'objectif d'un contrôle de l'épidémie à l'horizon 2030.

3.1 Éducation et mise en apprentissage

Le VIH impacte négativement l'accès à l'éducation et aux structures d'apprentissage - professionnel des OEV. En effet, la discrimination et la stigmatisation, les contraintes familiales (cas des enfants et adolescent.e.s chefs de ménages), les difficultés psychoaffectives des enfants, l'amenuisement des ressources financières des parents, la non-déclaration des naissances, la situation particulière des jeunes filles (les risques de grossesses non désirées, le mariage précoce, etc.) et les maladies opportunistes du fait du VIH peuvent provoquer chez l'OEV, entre autres conséquences, une absence prolongée ou l'abandon de l'école.

3.2 Renforcement économique des ménages

L'impact économique du VIH réduit les ressources économiques des familles ; entraînant et aggravant à la fois leur pauvreté. Les maladies et les décès associés au VIH augmentent les dépenses des familles et réduisent leurs revenus ; épuisant par conséquent leurs ressources économiques. Le contexte économique actuel, marqué par la cherté de la vie, influence les habitudes de consommation des ménages. La prise en charge de personnes vivant avec le VIH et des OEV par les familles accroît le fardeau de celles-ci qui se trouvent déjà dans des situations économiques difficiles. D'où la difficulté pour celles qui sont affectées par le VIH d'accéder aux activités de renforcement économique des ménages, nécessaires à leur autonomisation.

3.3 Soins de santé

Les enfants, adolescent.e.s et membres de leurs familles n'ont pas toujours accès aux services de santé adéquats ; et ce, généralement pour des raisons d'accessibilité économique, géographique, de stigmatisation etc. La vulnérabilité aux maladies s'accroît pour toutes les personnes vivant avec le VIH. Malgré l'amélioration de l'accès aux soins, le traitement antirétroviral seul ne suffit pas pour garantir un bon état de santé aux enfants, aux adolescent.e.s et aux membres de leurs ménages qui vivent avec le VIH.

Ce domaine doit intégrer la garantie des droits sexuels et faciliter l'accès aux services de santé sexuelle et de la reproduction (DSSR/SSR) aux adolescent.e.s soutenus dans les programmes OEV (*accès à des services de planning familial et à une contraception de qualité ; prévention et prise en charge des Infections sexuellement transmissibles (IST), des infections de l'appareil reproducteur telles que le cancer du col de l'utérus et d'autres causes de morbidité ; amélioration des soins dispensés durant la grossesse, l'accouchement et le postpartum à la jeune mère adolescente et au nouveau-né notamment si l'adolescente et/ou son compagnon est personne vivant avec le VIH ; protection contre la violence physique et*

sexuelle ; élimination des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et trop à risque pour la vie des personnes concernées, dans les limites de la loi en vigueur). Cela doit se faire en tenant compte de la nécessité de déployer des modèles courtois de soins adaptés aux besoins spécifiques de cette cible, et dans une approche service différenciés permettant de décliner un paquet de services particulier pour celles et ceux d’entre eux qui vivent avec le VIH. La place des parents et des familles est centrale pour ces activités de DSSR.

3.4 Sécurité alimentaire et nutritionnelle

En général, la quantité et la qualité des aliments disponibles dans un ménage diminuent quand des membres travailleurs de la famille deviennent malades ou décèdent. Le fardeau supplémentaire du soin des orphelins et des individus non productifs peut affecter la sécurité alimentaire du ménage. Différents auteurs mettent en évidence des liens entre la pauvreté, l’insécurité alimentaire, la vulnérabilité au VIH et les impacts du sida. Les familles affectées par le VIH sont vulnérables parce que la pandémie réduit les ressources que les ménages peuvent consacrer à la production ou à l’acquisition de vivres pour une alimentation saine et équilibrée. L’infection au VIH entraîne souvent des carences nutritionnelles du fait de la diminution de l’apport alimentaire et d’une mauvaise absorption des nutriments qui peuvent entraîner la mort³⁸.

De plus, il faut rappeler que l’efficacité des TARV (l’adhésion et l’observance) dépend, en partie, d’une alimentation et d’une nutrition de qualité. Les personnes vivant avec le VIH (enfants, adolescent.e.s et adultes) ont besoin de conseils pour obtenir une nutrition optimale et, lorsque les ressources sont limitées, de programmes de sécurité sociale supplémentaires, y compris des programmes de sécurité alimentaire³⁹.

3.5 Protection

Le soutien à la protection qui englobe l’ensemble des dispositions juridiques qui garantissent le respect des droits de l’enfant et lui assurent un accès aux services sociaux de base, constitue le maillon faible de l’offre de soins et soutien aux OEV et leurs familles.

De ce fait les OEV du fait du VIH restent confrontés à différents défis de protection, que sont notamment le droit à une identité (déclaration des naissances à l’état civil et obtention d’extraits d’actes de naissance), les violences et exploitations, la discrimination et la stigmatisation, les abus et négligences, les violations des droits successoraux.

3.6 Psychosocial

Les difficultés sociales des OEV et leurs familles sont nombreuses et variées. Cependant, il convient d’insister sur la stigmatisation, la discrimination, le rejet, le non accès aux

³⁸ GILLESPIE S. (2008), *Poverty, Food Insecurity, HIV Vulnerability, and the Impacts of AIDS in Sub-Saharan Africa*

³⁹ ONUSIDA (2016), *Soins et soutien du VIH - Soins et soutien du VIH prenant en compte les lignes directrices unifiées de l’OMS de 2016*

services sociaux de base auxquels ils font face, l'absence d'accompagnement adéquat pour la gestion du deuil et la résilience. Ces difficultés peuvent engendrer chez ces enfants, adolescent.e.s et leurs parents des problèmes psychologiques tels que le stress, l'anxiété, la dépression, la dépréciation de l'estime de soi, des problèmes de concentration, d'intégration sociale et familiale, de sentiment d'échec, de culpabilité, de découragement, de frustration et d'apathie. Tout ce qui précède pose indiscutablement la question de la santé mentale qui doit désormais occuper une place centrale dans les programmes de soins et soutien.

Dans le cadre des enfants et adolescent.e.s vivant avec le VIH, la problématique de l'annonce de la sérologie (processus incluant les défis et la gestion post-annonce et l'accompagnement pour l'annonce au partenaire sexuel) et de la réussite de la transition vers les services et programmes adultes reste un défi en matière d'accompagnement et de soutien psychosocial.

3.7 Abri et soins

Les OEV du fait du VIH et leurs familles sont souvent confrontés aux problèmes d'abri et de soins. Leurs habitations ne respectent pas toujours les règles élémentaires d'hygiène, d'assainissement et peuvent les exposer à une forme d'insécurité contre les aléas climatiques. Les parents affaiblis par la maladie n'arrivent généralement pas à fournir les soins et l'attention nécessaires à l'épanouissement de leurs enfants. Lorsque les parents décèdent, la non-sécurisation des droits successoraux des enfants, incluant la perte de logement, peut aggraver les problèmes d'abri et soins auxquels ceux-ci sont confrontés.

4. Situation des autres enfants et adolescent.e.s en situation de vulnérabilité face au VIH

4.1 Enfants et adolescent.e.s en situation de handicap

L'UNICEF et l'UNESCO ont estimé en 2012 qu'entre 150 et 200 millions d'enfants vivaient avec un handicap dans le monde entier. 80% de ces enfants et jeunes vivent dans les pays les plus pauvres du monde⁴⁰.

En plus de faire l'objet de négligence, de stigmatisation et d'exclusion sociale, l'UNICEF note que les enfants et adolescent.e.s en situation de handicap sont très vulnérables au VIH du fait d'une série de facteurs qui caractérisent leur situation. Ce sont notamment une grande pauvreté, la faible éducation, les barrières physiques d'accès aux services de santé, le manque d'informations de base sur la santé sexuelle et reproductive, les barrières de communication avec leur entourage, les relations amicales et amoureuses, ainsi que les risques élevés de subir des violences et abus sexuels. Malheureusement, les programmes

⁴⁰ UNICEF (2012), *TOWARDS AN AIDS-FREE GENERATION, Promoting community-based strategies for and with children and adolescents with disabilities*

de prévention du VIH, de la santé sexuelle et reproductive ont largement négligé les enfants et les adolescent.e.s en situation de handicap. De plus, la croyance populaire erronée selon laquelle les adolescent.e.s en situation de handicap ne sont pas sexuellement actifs et ne risqueraient donc pas de contracter des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), a contribué à limiter leur accès aux programmes éducatifs et de prévention ; accroissant ainsi leur vulnérabilité à la contamination et à la transmission du VIH.

4.2 Enfants et adolescent.e.s victimes de violences basées sur le Genre (VBG)

En 2018, le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant (MFFE) et le Gouvernement américain, à travers le Programme National de prise en charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/Sida (PN-OEV) et le United States Center for Diseases Control and Prevention (CDC), ont conduit l'enquête sur la violence faite aux enfants et aux jeunes en Côte d'Ivoire (VACS-CI). Celle-ci, la première du genre en Afrique Francophone a permis d'avoir la prévalence et l'épidémiologie de la violence sexuelle, physique et émotionnelle chez les jeunes et adolescent.es de 13 à 24 ans.

Les résultats globaux indiquent qu'environ trois filles/femmes sur cinq (58,0%) et deux garçons/hommes sur trois (66,5%) des personnes de 13 à 24 ans ont été victimes de tout type de violence, pendant leur enfance. De manière spécifique, les disparités restent plus accentuées chez les garçons/hommes pour les violences physiques (60,8% contre 47,1%). Cette tendance s'inverse pour les violences sexuelles (19,2% de filles/femmes et 11,4% de garçons/hommes) et pour les violences émotionnelles (19,0% de filles/femmes contre 15,5% de garçons/hommes). Environ une femme sur cinq (19,2%) et un homme sur neuf (11,4%) ont subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans. De plus, 10,9% des filles/femmes et 2,9% des garçons/hommes ont subi des relations sexuelles sous contraintes durant l'enfance.

Concernant les types de violences subies avant 18 ans chez les personnes de 18-24 ans, chez les femmes 7,7% ont subi des attouchements sexuels non désirés ; 7,6% ont subi des tentatives de rapports sexuels non désirés ; 5,1% ont été victimes de rapports sexuels sous pression et 8,2% ont subi des rapports sexuels forcés physiquement durant l'enfance. Quant aux hommes, 7,9% ont subi des attouchements sexuels non désirés ; 3,0% ont subi des tentatives de rapports sexuels non désirés ; et 2,3% ont subi des rapports sexuels forcés physiquement avant l'âge de 18

Par ailleurs, selon l'enquête MICS 2016, 87 % des enfants âgés de 2 à 14 ans ont subi une forme de discipline violente (agression psychologique ou punition physique) et 15 % une discipline sévère. Parmi les types de VBG, la violence sexuelle est souvent cachée et largement sous-estimée, surtout lorsque les victimes sont des enfants ou des adolescent.e.s qui se sentent souvent honteux, effrayés et incapables de verbaliser leur

expérience. On estime que seulement 10 à 20 % des cas d'exploitation et de violence sexuelle sur des enfants sont signalés aux autorités⁴¹.

Pour ce qui concerne les Mutilations Génitales Féminines/Excision (MGF/E), la Côte d'Ivoire est le 15^{ème} pays le plus touché dans le monde. Les données de l'enquête MICS montrent qu'en 2016, 36,7 % des femmes âgées de 15 à 49 ans avaient subi une MGF/E, contre 38,2 % en 2012. Des disparités existent également en défaveur, des femmes sans instruction scolaire ou de niveau primaire (45% contre 16%), des femmes du milieu rural (44% contre 31%), des femmes membres des ménages pauvres (47% contre 27% pour les autres), des femmes du Nord, du Nord-Ouest ou de l'Ouest (69% contre 29% pour les autres).

Ces données complétées par celles de l'Enquête MICS 2016 montrent que la proportion de femmes âgées de 20 à 49 ans en union avant l'âge de 18 ans, est de 32,1%. Des disparités sont beaucoup plus accrues chez les femmes du milieu rural que chez celles du milieu urbain (43,5% contre 21,9 %), les femmes membres des ménages plus pauvres (50% contre 28% pour les autres), les femmes du Nord, du Nord-Ouest ou de l'Ouest (47% contre 28% pour les autres).

Le SITAN 2019 révèle que 10,9 % des filles de moins de 15 ans et 27,4 % des filles âgées de 15-19 ans sont victimes de mutilations génitales féminines/excision (MGF/E); tandis que 4,8 % des adolescent.e.s âgées de 15-19 ans sont mariées ou en union avant l'âge de 15 ans et 32,1 % des femmes âgées de 20-49 ans le sont avant l'âge de 18 ans.

Les inégalités fondées sur le sexe, les disparités basées sur le genre et la violence exercée par un partenaire intime sont trois facteurs susceptibles d'accroître le risque de contracter le VIH chez les filles. De plus, les jeunes filles et les femmes (de toutes les couches sociales) restent également sujettes à certaines formes de violences du fait de la persistance de pratiques culturelles néfastes que sont entre autres les Mutilations Génitales Féminines (MGF) et les mariages précoces ; ce qui vient s'ajouter à l'absence de structures de protection adéquates dans certaines zones périphériques⁴².

4.3 Enfants des travailleurs du sexe et des usagers de drogues

En Côte d'Ivoire, les statistiques ne foisonnent pas sur cette question relative aux enfants des travailleurs du sexe et usagers de drogues. Toutefois, le commerce du sexe est à l'origine de 10 à 30% des nouvelles infections en Afrique de l'Ouest, tandis que les rapports sexuels entre hommes sont devenus le mode de transmission majoritaire. De plus, il est observé chez les Usagers de Drogues par Voie Injectable (UDVI) une incidence

⁴¹ PINHEIRO (2006), *World Report on violence against children*

⁴² UNICEF (2014), *Analyse de la Situation de l'Enfant en Côte d'Ivoire (SITAN) 2014*

du virus 22 fois plus élevée qu’en population générale et 3 des 16 millions d’UDVI dans le monde vivent avec le VIH 2⁴³.

Les pratiques à risque liées à l’injection sont généralement dues à l’accès facile aux seringues qui sont disponibles chez les diabétiques insulino-dépendants, les vendeuses de médicaments dans la rue ou en pharmacie.

Par ailleurs, une étude réalisée en 2014 à Abidjan par Médecins du Monde auprès de 450 consommateurs réguliers de cocaïne, d’héroïne et de crack relève que la prévalence du VIH est particulièrement élevée dans cette population, notamment parmi les travailleurs du sexe (77%). En plus du VIH, ces personnes présentent très souvent les symptômes de la tuberculose, et plus de 10% d’entre elles sont porteuses de l’hépatite B. Cela tient aux comportements liés aux pratiques sexuelles à risque, à la consommation de drogues mais aussi à leurs conditions de vie extrêmement précaires. Stigmatisées, elles vivent souvent dans des zones insalubres, sans accès à l’eau ni à l’hygiène et majoritairement dans des « *fumoirs* »⁴⁴.

4.4 Enfants et adolescent.e.s eux-mêmes travailleurs du sexe et usagers de drogue

Selon la Politique Nationale de Santé des adolescent.e.s et des jeunes pour la période 2016-2020, la consommation de drogue en Côte d’Ivoire prend de l’ampleur et a pour conséquences la survenance de problèmes psychologiques, la déperdition scolaire, la délinquance, etc., notamment chez les adolescent.e.s. De plus, malgré l’indisponibilité de données statistiques, il est établi que les enfants de la rue utilisent la drogue⁴⁵.

Parmi les populations qui fréquentent les fumoirs, un tiers des personnes ont entre 16 et 25 ans. Certains fumoirs sont « *interdits* » aux enfants, alors que d’autres n’ont pas ces règles. Ces fumoirs fonctionnent comme un clan ou une famille au sein desquels ils se sentent en sécurité.⁴⁶

4.5 Les adolescent.e.s

Bien qu’ils constituent une cible transversale pour la plupart des programmes de santé et une population prioritaire, il faut noter que la question des adolescent.e.s n’est pas suffisamment prise en compte dans la réponse nationale contre le VIH et le sida en Côte d’Ivoire⁴⁷. Cela s’exprime par différents maux : un faible alignement des partenaires au développement sur les priorités nationales concernant les adolescent.e.s et les jeunes, une

⁴³ Médecins du Monde (2014), *Rapport Analyse situationnelle Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan : Prévalence et pratiques à risques d’infection par le VIH, les hépatites virales et autres infections*

⁴⁴ Idem

⁴⁵ PNSSU (2016), *Politique Nationale de Sante des Adolescents et des Jeunes 2016 – 2020*

⁴⁶ Médecins du Monde(2014), *Rapport Analyse situationnelle Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan : Prévalence et pratiques à risques d’infection par le VIH, les hépatites virales et autres infections*

⁴⁷ PNLS (2016), *Plan Stratégique National 2016-2020 de lutte contre le sida et les Infections Sexuellement Transmissibles*

faible couverture des jeunes non scolarisés et déscolarisés, des insuffisances dans la qualité des interventions de promotion des comportements sexuels à moindre risque, le faible ciblage des stratégies de promotion du retardement des premiers rapports sexuels avec la réduction du multi-partenariat sexuel et la non-implication des parents.

Spécifiquement aux adolescentes, la situation est inquiétante. En effet, en droite ligne des tendances des nouvelles infections au VIH que transcris les données de 2022, le Bureau régional Afrique de l'ouest et centre de l'UNICEF indiquait en octobre 2020 que les jeunes filles sont en moyenne jusqu'à 5 fois plus susceptibles d'être infectées par le VIH que leurs homologues masculins dans cette partie du monde. Les résultats de L'Évaluation de l'impact du VIH dans la population générale en Côte d'Ivoire (CIPHIA 2017-2018) publiés en 2020 indiquent que la prévalence de violence entre partenaires intimes (VPI) récente était plus élevée chez adolescentes plus âgées et jeunes femmes de 15-24 ans déjà mariées ou en couple (6,7 %) que les femmes plus âgées.

Pour une réponse efficace au VIH chez les adolescent.e(e)s et jeunes, le Programme National de Lutte contre le sida (PNLS), à travers le Plan Stratégique National (PSN) VIH 2016-2020 propose trois (3) mesures majeures : (i) la couverture optimale des besoins des adolescent.e.s et jeunes, prenant en compte le retardement des premiers rapports sexuels et la réduction du multi-partenariat sexuel avec l'implication des parents, (ii) la synergie des interventions en faveur des adolescent.e.s et jeunes et (iii) le ciblage des adolescent.e.s et jeunes dans l'information stratégique, le renforcement.

4.6 Enfants et adolescent.e.s vivant à l'extérieur de l'environnement familial (enfant et adolescent.e.s de/dans la rue)

Bien qu'il soit un phénomène assez visible notamment dans les grandes agglomérations du pays, la Côte d'Ivoire fait face à un manque d'informations statistiques sur l'ampleur de la situation des enfants vivant à l'extérieur de l'environnement familial. Ceci dit, les données parcellaires communiquées par le Programme de Protection des Enfants et Adolescents vulnérables (PPEAV) mettent en évidence que ces enfants sont en danger moral, physique et psychologique. Ils sont exposés à des risques élevés de violence et d'exploitation sexuelle, de consommation de drogue (injectable ou non), et donc à la contamination au VIH.

CHAPITRE 3 : LES PRINCIPES ET LES VALEURS

I. PRINCIPES DIRECTEURS

En nous référant pour partie aux principes fondamentaux qui découlent de la Convention relative aux Droits de l'Enfant, nous devons prendre en compte les principes directeurs suivants dans les interventions en direction des enfants et adolescent.es :

1. La non-discrimination et l'égalité de chance

Ce principe vise à garantir que chaque enfant et adolescent.e, quels que soient leur sexe, leur race, leur couleur, leur langue, leur religion, leurs opinions politiques, leur origine nationale, ethnique ou sociale, leur appartenance à une minorité nationale, leur fortune, leur naissance, leur état de santé, leur handicap ou leur situation dans tout autre domaine, puisse jouir de leurs droits.

Les États parties prennent aussi toutes les mesures appropriées pour que chaque enfant et adolescent.e soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, des représentants légaux ou des membres de leurs familles.

La présente politique encourage le respect de l'égalité des chances et tient compte du sexe. Elle prend en considération les différents risques de santé et les situations de vulnérabilité multiples auxquels les filles et les garçons sont soumis face au VIH et autres maladies émergentes.,

Elle tient compte du statut social, ainsi que de l'existence d'un handicap ou de toute autre spécificité accentuant sa vulnérabilité sanitaire.

2. L'intérêt supérieur

L'intérêt supérieur de l'enfant et de l'adolescent.e devrait primer dans toutes les mesures qui les affectent, y compris celles prises pour les protéger contre toutes les formes de violence.

3. La participation et le respect des opinions

Les enfants et adolescent.es devraient avoir le droit de s'exprimer librement sur toutes les questions qui concernent leur vie et leur opinion devrait être dûment prise en compte eu égard à leur âge, leur situation de vulnérabilité et leur degré de maturité.

Cela inclut d'être activement invités et habilités, en tenant compte de leurs capacités à participer véritablement, avec leur consentement éclairé, à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques et programmes dans les domaines qui affectent leur vie et celles des membres de leurs communautés.

4. Le droit à la vie, à la survie et au développement

Tout enfant et adolescent.e a un droit économique et social inhérent à la vie et au développement.

Il a droit à une protection contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou substituts parentaux.

5. La responsabilité des institutions

La responsabilité des institutions publiques (au niveau central, intermédiaire et périphérique) est le principe en vertu duquel chaque institution travaillant pour la santé, le bien-être et la protection de l'enfant et de l'adolescent.e est responsable envers les populations et les autorités législatives compétentes pour les actions menées. Elle le principe de responsabilité, la redevabilité.

6. La redevabilité

Les structures et organisations en charge de la mise en œuvre à tous les niveaux de la politique nationale de soins et soutien aux OEV doivent rendre compte des décisions prises et des actions menées en s'assurant de fournir des services de qualité.

❖ Disposition particulière

Sur la base de la résolution 36/28 de 1981 de l'assemblée générale de l'ONU, tous ces principes s'appliquent aux jeunes de 15 à 24 ans.

II. PRINCIPES OPÉRATIONNELS ET VALEURS

Sur la base de la résolution 36/28 de 1981 de l'assemblée générale de l'ONU, tous ces principes s'appliquent aux jeunes de 15 à 24 ans.

Les principes opérationnels et valeurs ci-après serviront de repère pour conduire la Politique Nationale :

1. Leadership

Le MFFE a l'obligation, à travers le PN-OEV, de porter toutes les actions dans le domaine des soins et soutien aux OEV et leurs familles, en collaboration avec tous les ministères techniques, les organisations de la société civile et les partenaires techniques et financiers, à tous les niveaux du système de protection sociale.

2. Gouvernance et responsabilité

La redevabilité et la bonne gouvernance exigent différentes interventions à tous les niveaux du système de protection sociale et de la réponse nationale de prise en charge des OEV. Cela implique une meilleure participation des communautés et des autres parties prenantes.

3. Droits Humains

L’approche basée sur les Droits Humains commande une meilleure intégration dans les stratégies. Cette approche commande aussi une bonne prise en compte dans la définition et un meilleur suivi de la mise en œuvre des interventions et actions. Cela contribuera à réduire la stigmatisation et la discrimination qui restent un défi dans la réponse.

4. Déconcentration

Elle se situe aux différents niveaux stratégiques et opérationnels. Les interventions doivent bénéficier des ressources prévues conformément aux directives de la hiérarchie. Toutefois, les responsables de structures centrales et intermédiaires doivent faciliter la mise à disposition des ressources mobilisées par les structures opérationnelles au niveau local pour la mise en œuvre des activités.

5. Participation de la communauté

La communauté doit être plus que jamais au cœur des réponses à l’épidémie du VIH et du sida. Dans son rapport sur la situation du sida dans le monde en 2022, l’ONUSIDA rappelle que *« les ripostes communautaires sont essentielles au succès de la riposte au sida, en particulier en ce qui concerne la réduction des inégalités critiques, mais ces ripostes manquent cruellement de ressources ; en effet, les réponses communautaires sont rarement chiffrées et budgétisées. »*⁴⁸

Au niveau national, en plus du soutien aux initiatives portées par les communautés et les organisations de la société civile, cela doit se traduire par une représentativité qualitative dans les différents espaces de décisions et d’action programmatiques. Il faudra également veiller à une meilleure valorisation de l’expérience, de l’expertise et de la place des acteurs communautaires dans le dispositif national, avec notamment la mise en place de cadre de collaboration et d’échanges d’informations directs avec le PN-OEV et les autres programmes engagés dans la réponse nationale et les questions de l’enfance, l’adolescence et la jeunesse. Cela inclut l’accompagnement du développement du leadership, notamment, des adolescent.e.s et jeunes, et de leur intégration dans les initiatives.

⁴⁸ UNAIDS, *Dangerous inequalities: World AIDS Day report 2022*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

6. Transversalité entre les services et programmes

Une meilleure synergie d’action et complémentarité dans le déploiement de la réponse nationale doit être suffisamment impulsée depuis le niveau central et innover les autres niveaux. Cette synergie implique la complémentarité des interventions et des services (avec notamment la conduite d’activité intégrée) dans la mise en œuvre des activités, le suivi, le rapportage et la coordination.

7. Éthique, équité et protection

Il importe d’être plus responsable face aux questions d’éthique et d’équité dans les pratiques et initiatives pour garantir la protection des cibles et des intervenants. Cela suppose une meilleure prise en compte des questions déontologiques liées à la confidentialité, aux respects des mesures de protections (incluant le respect des droits liés à l’image, la prise en compte des besoins spécifiques de chaque bénéficiaire) et de la place des familles/parents dans les actions mises en œuvre.

8. Proximité et continuité des services de soins et soutien

Le rapprochement et la continuité des services de soins et soutien méritent d’être renforcés à tous les niveaux du système à travers la présence et la consolidation de la collaboration entre les différents acteurs.

CHAPITRE 4 : VISION – OBJECTIFS

I. VISION

La vision de la Politique Nationale pour les soins et soutien aux OEV et leurs /familles est la suivante :

« L'OEV vit et grandit dans un environnement sain et protecteur lui assurant un épanouissement psychologique et social équilibré avec des ménages/familles économiquement autonomes et responsables ».

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

L'objectif général de la Politique Nationale des soins et soutien aux OEV et leurs familles en Côte d'Ivoire est d'améliorer la qualité de vie des OEV et leurs familles.

2. Objectifs spécifiques

- Prévenir les risques de nouvelles infections chez les enfants et adolescent.e.s vulnérables ;
- Offrir des services adaptés aux besoins des OEV et leurs familles ;
- Renforcer l'autonomisation des ménages et familles des OEV ;
- Renforcer la valorisation des expertises et bonnes pratiques, et la place de la recherche sur les thématiques en lien avec la problématique des OEV
- Pérenniser les acquis pour une meilleure appropriation de la réponse nationale.

CHAPITRE 5 : FONDEMENTS ET STRATÉGIES

I. FONDEMENTS

La politique nationale de soins et soutien aux orphelins, autres enfants et leurs familles vulnérables en lien avec le VIH et le sida en Côte d'Ivoire, conduite par le PN-OEV, est ancrée dans deux principaux, et non uniques, fondements :

1. Approche basée sur les évidences et les données

La réponse efficace et efficiente implique l'amélioration des prises de décisions stratégiques et opérationnelles qui soient basées sur des évidences. En effet, la nécessité d'agir et l'identification des priorités relatives à la mise en œuvre de la présente Politique Nationale en faveur des OEV et leurs familles doivent être définies sur la base de données scientifiques informées par des faits. Ces derniers garantissent l'efficacité, la qualité des activités et soulignent les éventuels déficits.

2. Élaboration de documents de références et d'outils nationaux

Le PN-OEV conçoit et met en œuvre des documents pour communiquer les informations détaillées sur sa politique en vue de l'amélioration de la qualité de l'offre de services adressés aux OEV et leurs familles. Ces documents sont les suivants : Politique Nationale de soins et soutien aux OEV et leurs familles, les Plans Stratégiques Nationaux, Standards pour l'amélioration de la qualité des services offerts aux OEV et leurs familles, les guides (Bonnes Pratiques AGR, Soutien Psychosocial, etc.).

II. STRATÉGIES

Les fondements ci-dessus décrits se déclinent en stratégies qui doivent guider l'action du PN-OEV et de toutes les parties prenantes à la réponse.

1. Renforcement des capacités

1.1 Formation des acteurs

Dans le souci d'une meilleure assistance aux OEV et leurs familles, le PN-OEV a suscité l'intégration des modules de formation en soins et soutien aux OEV et leurs familles dans les curricula des écoles nationales de formation de base (INSFS, ENSEP, etc.). Des sessions de formation et de supervisions formatives sur différentes thématiques sont organisées au profit des acteurs engagés (intervenants sociaux, corps médical et autres acteurs) en vue de consolider leurs aptitudes dans la conduite des activités de soins et soutien aux OEV et leurs familles.

1.2 Rénovation des infrastructures et équipement en matériels

Dans le cadre de la mise en œuvre de la problématique des OEV, le PN-OEV contribue à

l'équipement et à la rénovation des structures sociales (complexe socioéducatif, centres sociaux, écoles nationales de formation). Cet appui participe au renforcement des capacités d'intervention de ces structures et facilite le déploiement de la stratégie de plateforme de collaboration OEV.

1.3 Appui du PN-OEV pour la conduite des activités

Afin de faciliter l'appropriation par la partie nationale et la pérennisation des interventions, certains centres sociaux et organisations de la société civile bénéficient d'un appui financier pour l'offre direct des services aux OEV et leurs familles.

2. Renforcement de la collaboration multisectorielle / Plateforme de collaboration OEV et démembrements

Une réponse efficace contre le VIH et le sida au plan mondial et national, notamment la réduction de l'impact social et économique du VIH sur les OEV et leurs familles, exige le recours à l'approche participative, inclusive et une synergie d'action entre les acteurs à tous les niveaux de la réponse.

- **Au niveau central**, il s'agit de renforcer le cadre formel de travail et de collaboration incluant la circulation de l'information stratégique intra et interministériel, les entités publiques, les partenaires techniques et financiers. Cette collaboration s'étend aux réseaux et faîtières intervenant dans les domaines de la protection (droits), de la santé, de la protection sociale des enfants, adolescent.e(s), jeunes adultes et des familles vulnérables. L'efficacité de la réponse et la durabilité des acquis dépend en grande partie de ce partenariat.
- **Au niveau intermédiaire**, la supervision des activités liées à la réponse nationale revient aux Directions Régionales dans la même démarche d'interopérabilité en lien avec le PN-OEV. Ceci implique une collaboration de l'ensemble des structures déconcentrées au niveau régional.
- **Au niveau périphérique**, la Plateforme de Collaboration OEV (PFC) et ses démembrements (la Cellule juridique et les Groupes Communautaires de Soutien) constitue la manifestation concrète de cette nécessité de collaboration et de travail entre les différents acteurs autour du Centre Social pour des interventions de meilleure qualité. Cela dit, le programme national doit initier des espaces de collaboration et d'échange d'information directs avec les acteurs et organisations communautaires mettant directement en œuvre les soins et soutien et qui sont donc en lien avec les OEV et leurs familles.

Enfin, le **renforcement des liens** entre les différents secteurs engagés (clinique, communautaire et social) doit être transversal à tous les échelons du dispositif de la réponse nationale.

3. Place centrale de la communauté et des acteurs communautaires

Les réponses communautaires doivent continuer de jouer un rôle plus important d'ici à 2030. En effet, les politiques nationales de lutte contre le VIH et leur impact social doivent accroître le rôle et la place des acteurs communautaires en les plaçant au centre de la réponse nationale et des dispositifs existants, notamment dans la réponse à l'épidémie et de son impact social chez les enfants, adolescent.es et jeunes adultes nés/vivant avec ou affectés par le VIH. Il faut donc aller au-delà de la simple mobilisation communautaire qui vise à informer, susciter et encadrer l'engagement des communautés affectées par le VIH dans la réponse globale contre cette pandémie⁴⁹.

Dans cette dynamique et dans le cadre de l'*Alliance Mondiale pour l'élimination du VIH pédiatrique et chez les adolescent.es d'ici à 2030*, dont la Côte d'Ivoire fait partie des pays cibles, une « liste de suivi communautaire » (*Community checklist for Global Alliance to end aids in children*) a été développée. Il s'agit de l'un des outils de vérification et de contrôle que les différents pays ont été amenés à considérer dans l'identification des activités prioritaires de leurs plans d'action respectifs. Cette liste est articulée autour de quatre (4) axes : (i) *Droits humains*, (ii) *Engagement de la communauté*, (iii) *Qualité des programmes et services*, (iv) *Égalité des genres*.

Le contenu de cette checklist est pertinent au-delà de l'*Alliance Mondiale* sur le VIH pédiatrique et chez les adolescent.es. Il est donc proposé d'étendre et adapter certains de ces éléments à la Politique Nationale OEV de la Côte d'Ivoire, comme exposé ci-après :

Axes	Contenu
Droits humains	<ul style="list-style-type: none">○ Donner de l'importance à la défense des droits de la santé des bénéficiaires en identifiant des interventions pour mettre fin à la stigmatisation, à la discrimination et à toutes formes de contraintes dans les structures offrant les services de soins et soutien et dans les communautés, familles incluses (ex : sessions de formation et d'orientation, suivi communautaires, mécanismes indépendants de suivi et de redevabilité notamment par l'action des observatoires, , accompagnement pour action en justice, etc.)○ Participer à l'action d'appel à une adaptation de l'environnement légal qui soit plus propice à une meilleur accès des soins et soutiens de qualité pour les enfants, adolescent.es et jeunes ciblées par la politique nationale des OEV (ex : âge de consentement pour le dépistage, l'annonce complète de la sérologie, l'accès à la contraception ; la criminalisation dans le domaine du VIH et du sida, etc.)

⁴⁹ Cette mobilisation communautaire vise non seulement à partager une vision, favoriser les débats au sein d'une communauté, faciliter l'émergence de leaders, susciter les actions individuelles et collectives nécessaires à la résolution durable du problème qui affecte la communauté.

<p>Engagement de la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bâtir un cadre de collaboration impliquant les acteurs communautaires à toutes les étapes programmatiques (de la définition au suivi et évaluation) ○ Contribuer à la construction au niveau national des fondements d’un leadership solide, cohérent d’OEV, adolescent.e.s et jeunes nés/vivant ou affectés par le VIH (représentativité, valorisation, positionnement et accompagnement). ○ S’assurer que les organisations, réseaux ou leaders de groupements représentatifs de la cible de la présente politique nationale, ainsi que des personnes vivant avec le VIH, sont efficacement associées, et non de manière ponctuelle ou symbolique, aux différents cadres de prise de décisions en lien avec la problématique des OEV
<p>Qualité des programmes et services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Initier ou renforcer des mécanismes communautaires de retro-information sur la qualité des services, directives et autres éléments en lien avec la réponse nationale à la problématique des OEV. ○ Soutenir et accompagner le développement de programme d’empowerment d’adolescent.e.s et jeunes nés/vivant ou affectés par le VIH comme acteurs de mise en œuvre, tels que la pair éducation (en songeant à définir des modèles ou programmes adaptés aux cibles, y compris les adolescent.e.s et jeunes dans les populations clés) dans les initiatives de prévention, de soins et soutien en direction de leurs pairs ou d’autres enfants, adolescent.e.s et jeunes de la communauté ; ○ Plaider pour l’élargissement des mesures de réduction des inégalités et pour garantir un accès aux familles et personnes les plus vulnérables dans le contexte VIH (fins des « faux frais » ou frais d’accès à certains services de base, soutien nutritionnel, minimas sociaux /mécanismes de protection sociale, renforcement économique et autonomisation, etc.) ○ Aider au renforcement des liens entre les différents secteurs et programmes investis dans la santé et le bien-être des enfants et adolescent.e.s pour améliorer l’accès aux services intégrés de qualité à ceux et celles vivant ou affectés par le VIH (santé sexuelle et de la reproduction, santé mentale, etc.)
<p>Égalité des genres</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Collecter des données désagrégées par sexe et tranche d’âge, en tenant compte de la préadolescence et l’adolescence dans ce découpage, qui seront utilisées pour orienter et adapter les

	<p>programmes à développer en direction des cibles ;</p> <ul style="list-style-type: none">○ Accentuer la synergie d'action pour le déploiement d'interventions ciblant les violences basées sur le Genre sur les enfants, adolescent.e.s, notamment ceux et celles qui sont les plus vulnérables tels que les jeunes filles victimes d'exploitation sexuelles ; et offrir le soutien des survivants des VBG.
--	---

4. Plaidoyer

Le plaidoyer consiste en l'organisation d'actions regroupant divers acteurs (publics, privés, communautaires et les partenaires au développement) en vue d'éveiller les consciences pour un changement dans la réponse nationale en soins et soutien aux OEV et leurs familles.

Ce plaidoyer vise à mobiliser des ressources humaines, techniques et financières pour améliorer la force d'action sur le terrain. Il est question d'aider à une meilleure appropriation de la réponse nationale par la partie nationale, tout en travaillant à établir des relations durables avec les partenaires techniques et financiers.

5. Programmation VIH centrée sur la famille

La programmation VIH centrée sur la famille est basée sur le soutien aux familles de sorte que ces dernières prennent en charge les enfants et les prestations de services englobant les besoins de la famille toute entière et non sur ses membres à titre individuel. Sa mise en œuvre renferme :

- le renforcement de la capacité des familles à rester unies
- le renforcement de la capacité des communautés à l'accompagnement et au soutien des enfants et adolescent.e(e)s vivant avec le VIH, affectés par le VIH, orphelins du sida et leurs familles.
- le développement des espaces communs qui permettent d'intégrer et combiner les services pour adultes, pour enfants et adolescent.e(e)s,
- la promotion de l'application des politiques et d'un cadre juridique qui aide les familles à prendre soin des enfants et adolescent.e(e)s
- le développement des indicateurs mesurant l'aide apportée aux familles et son impact sur le bien-être des enfants et adolescent.e(e)s.

Cette programmation donne une place de choix aux parents/substituts parentaux et familles des bénéficiaires dans la définition, l'actualisation et la mise en œuvre des interventions. Elle se construit avec et à partir de la famille. La pérennisation des actions et leur appropriation en sont l'une des conditions centrales afin de permettre d'orienter

les moyens et énergies dans la réponse aux besoins essentiels des enfants, adolescent.es et familles qui sont les plus en situation de vulnérabilité.

6. Approche de la gestion des cas

La gestion des cas doit obéir au processus suivant :

- l'identification des bénéficiaires ;
- l'évaluation de la vulnérabilité et l'identification des besoins spécifiques des OEV et leurs familles ;
- l'élaboration d'un plan d'intervention familial : ce plan est la réponse aux besoins identifiés ;
- la mise en œuvre du plan d'intervention familial : elle se fait à travers les services directs offerts aux OEV et leurs familles ;
- le suivi et l'évaluation du Plan d'intervention familial : le suivi se fait à travers les visites à domicile qui permettront de connaître les actions réalisées ou non tandis que l'évaluation permet de faire des recommandations dans un sens d'amélioration ;
- l'autonomisation : à cette étape, soit le ménage a atteint un seuil de résilience et de capacité à répondre aux besoins (basiques) fondamentaux des membres, auquel cas la sortie de l'OEV et sa famille des programmes est envisagée, dans le cas contraire des mesures correctives sont prises dans un nouveau cycle;
- la documentation et le rapportage : il s'agit d'un processus transversal à toutes les étapes. Il consiste à documenter ce processus de gestion de cas en tant que histoires à succès ou leçons apprises et les archiver selon les normes du manuel de procédure de suivi et évaluation.

7. Capitalisation, valorisation, recherche

La capitalisation d'expériences désigne le processus par lequel des connaissances implicites sont rendues explicites et largement diffusées. En tant que processus collectif, elle aide à examiner ses propres pratiques, à en tirer des enseignements et par conséquent, à améliorer ses pratiques.

La valorisation consiste à identifier, analyser et documenter de façon systématique les expériences, enseignements et bonnes pratiques tirés de l'action des acteurs dans l'offre de services aux OEV et leurs familles.

TABLES DES MATIÈRES

La recherche au sein des interventions du Programme national OEV passe par l'établissement de passerelles de travail et de collaboration avec les Universités, et autres unités ou laboratoires de recherches, notamment en matière de sciences sociales. A titre

CHAPITRE 1 : DÉFINITIONS - CONTEXTE	7
I. DÉFINITION DES CONCEPTS ET DES TERMES CLÉS	7
1. Enfant.....	7
2. Adolescent.e	40 7
Définition programmatique des Nations Unies	7
Choix d'une définition élargie de l'adolescence.....	7

d'exemple, la conduite de l'enquête VACS par le PN-OEV peut être utilisée pour faire l'évaluation des aptitudes et définir les axes de renforcement pour que le volet recherche soit renforcé.

8. Leadership des adolescent.e.s et jeunes affectés ou nés/vivant avec le VIH

Le PN-OEV devrait faciliter et accompagner la mise en place d'un cadre de prise décision qui soit inclusif et participatif, en ce qu'il reconnaît que les adolescent.e.s et jeunes affectés ou nés/vivant avec le VIH de 10-24 ans peuvent collaborer avec les acteurs de la partie nationale et les partenaires de la réponse pour atteindre les différents objectifs en lien avec leur santé. Il convient également d'investir en eux pour les accompagner non seulement en tant que bénéficiaires des programmes VIH développés pour leur bien-être et épanouissement, mais en tant que partenaires et leaders de la riposte.

Enfin, la dynamique doit intégrer que pour une riposte solide et pérenne au VIH et autres maladie (émergente) affectant la santé des adolescent.e.s et jeunes, il est vital de renforcer leurs capacités (compétences et des outils) et de financer des initiatives portées par ces adolescent.e.s et jeunes, ou leurs groupements de quelle que nature qu'il soit. Cela intègre une prise en compte de la pair éducation comme modèle de soin à améliorer dans les programmes.

9. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination : Objectifs « 10-10-10 »

En vue de l'élimination de l'épidémie du sida à l'horizon 2030, l'ONUSIDA, après une revue approfondie des évidences de l'impact des résultats des programmes VIH, en avec d'autres principales parties prenantes au niveau mondial (Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, le PEPFAR, la *Bill and Melinda Gates Foundation*), a fixé des objectifs intermédiaires à atteindre d'ici 2025 autour de trois grands axes, dont les déterminants / facteurs sociaux de facilitation pour réaliser les objectifs globaux d'ici à 2030. Il s'agit des « **Objectifs 10-10-10** »⁵⁰.

Ces objectifs « 10-10-10 » visent à éliminer les obstacles sociaux et juridiques qui nourrissent un environnement limitant l'accès ou l'utilisation des services liés au VIH. Il se décline en trois (3) points :

- Moins de 10% des pays ont des lois pénales et un environnement politique/légal déniaient ou limitant l'accès aux services
- Moins de 10% des personnes vivant avec le VIH et les populations clés font l'expérience de la stigmatisation et de la discrimination
- Moins de 10% des femmes, filles, PVVIH et populations clés subissent

⁵⁰ UNAIDS, 2025 AIDS TARGETS

CHAPITRE 6 : MISE EN ŒUVRE

I. CADRE ET FONDEMENT JURIDIQUE

Avec une valeur juridique supérieure à toutes les dispositions ci-dessus citées, la constitution y compris, nous avons les instruments et conventions internationaux ou régionaux portant sur la protection, la santé et le bien-être de l'enfant et de l'adolescent.e auxquels l'État de Côte d'Ivoire est partie. À titre illustratif et sans être exhaustif, nous pouvons énumérer la Convention de l'ONU relative aux Droits de l'Enfant, la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'enfant, les Protocoles Additionnels à la CDE, les Protocoles Facultatifs à la CDE et toutes autres règles, lignes directrices pertinentes, etc.

La Politique Nationale de protection de l'enfant a mis en évidence les **fondements constitutionnels** garantissant les droits des enfants et des adolescent.e.s en matière de leur protection, santé et bien-être. Ainsi, l'économie de la Constitution du 08 novembre 2016, révisée le 19 mars 2020, permet de valoriser les fondements ci-après :

- **Inviolabilité des droits** : « La personne humaine est sacrée. Les droits de la personne humaine sont inviolables. Tout individu a droit à la dignité humaine et à la reconnaissance de sa personnalité juridique » (Art. 2) ; « Le droit à la vie est inviolable. Nul n'a le droit d'ôter la vie à autrui... » (Art.3) ;
- **Égalité des droits** : « Tous les Ivoiriens naissent et demeurent libres et égaux en droit. Nul ne peut être privilégié ou discriminé en raison de sa race, de son ethnie, de son clan, de sa tribu, de sa couleur de peau, de son sexe, de sa région, de son origine sociale, de sa religion ou croyance, de son opinion, de sa fortune, de sa différence de culture ou de langue, de sa situation sociale ou de son état physique ou mental. » (Art.4) ;
- **Interdiction d'actes, de traitements et pratiques préjudiciables** : « L'esclavage, la traite des êtres humains, le travail forcé, la torture physique ou morale, les traitements inhumains, cruels, dégradants et humiliants, les violences physiques, les mutilations génitales féminines ainsi que toutes les autres formes d'avilissement de l'être humain sont interdites. » (Art.5) ;
- **Accès équitable à la justice** : « Le droit de toute personne à un libre et égal accès à la justice est protégé et garanti. Toute personne a droit à un procès équitable et à un jugement rendu dans un délai raisonnable déterminé par la loi. L'Etat favorise le développement d'une justice de proximité. » (Art.6) ;
- **Scolarisation obligatoire pour les enfants** : « L'école est obligatoire pour les enfants des deux sexes, dans les conditions déterminées par la loi. L'Etat et les collectivités publiques assurent l'éducation des enfants. Ils créent les conditions favorables à cette éducation. » (Art.10) ;

- **Interdiction du travail des enfants** : « Le travail des enfants est interdit et puni par la loi. Il est interdit d'employer l'enfant dans une activité qui le met en danger ou qui affecte sa santé, sa croissance ainsi que son équilibre physique et mental. » (Art.16) ;
- **Liberté d'expression** : « La liberté de pensée et la liberté d'expression, notamment la liberté de conscience, d'opinion philosophique et de conviction religieuse ou de culte, sont garanties à tous. Chacun a le droit d'exprimer et de diffuser librement ses idées. » (Art.19) ;
- **Droit à un environnement sain** : « Le droit à un environnement sain est reconnu à tous sur l'ensemble du territoire national. » (Art.27) ;
- **Caractère central de la famille** : « La famille constitue la cellule de base de la société. L'État assure sa protection. L'autorité parentale est exercée par les parents. » (Art. 31) ;
- **Prise en compte de personnes vulnérables** : « L'État s'engage à garantir les besoins spécifiques des personnes vulnérables. Il prend les mesures nécessaires pour prévenir la vulnérabilité des enfants, des femmes, des mères, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il s'engage à garantir l'accès des personnes vulnérables aux services de santé, à l'éducation, à l'emploi et à la culture, aux sports et aux loisirs. » (Art.32) ;
- **Protection des personnes en situation de handicap** : « L'État et les collectivités publiques protègent les personnes en situation de handicap contre toute forme de discrimination. L'État et les collectivités publiques assurent la protection des personnes en situation de handicap contre toute forme d'avilissement. Ils garantissent leurs droits dans les domaines éducatif, médical et économique ainsi que dans les domaines des sports et des loisirs. » (Art.33) ;
- **Protection de la jeunesse** : « La jeunesse est protégée par l'État et les collectivités publiques contre toutes les formes d'exploitation et d'abandon. L'État et les collectivités publiques créent les conditions favorables à l'éducation civique et morale de la jeunesse. Ils prennent toutes les mesures nécessaires en vue d'assurer la participation de la jeunesse au développement social, économique, culturel, sportif et politique du pays. Ils aident les jeunes à s'insérer dans la vie active en développant leurs potentiels culturel, scientifique, psychologique, physique et créatif. » (Art.34) ;
- **Protection des femmes et des filles contre la violence** : « L'État et les collectivités publiques assurent la promotion, le développement et la protection de la femme. Ils prennent les mesures nécessaires en vue d'éliminer toutes les formes de violence faites à la femme et à la jeune fille. » (Art.35) ;
- **Importance des engagements internationaux relatifs à la protection et**

promotion des droits fondamentaux de l’enfant : « Les traités ou accords régulièrement ratifiés ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve, pour chaque traité ou accord, de son application par l’autre partie » (Art. 123).

À ces dispositions constitutionnelles s’ajoutent **toutes les lois nationales pertinentes en matière de protection, de santé et du bien-être de l’enfant et de l’adolescent.e**. Ce sont, entre autres : *les lois codifiant les droits des personnes et de la famille (nom, filiation, minorité, mariage, etc.), le Code pénal, le Code du travail, le Code de procédures pénales et celui relatif aux procédures administratives et civiles, les lois relatives à l’enseignement à l’éducation (intégrant l’alphabétisation) et à l’apprentissage, les lois pertinentes en matière de santé dont celle relative au VIH et au sida, la loi portant interdiction de la traite et des pires formes de travail des enfants, etc.* En parlant de lois, il faut aussi comprendre les dispositions réglementaires (décrets, arrêtés) qui les accompagnent dans leurs mises en œuvre.

II. CADRE INSTITUTIONNEL

Le cadre institutionnel de la réponse nationale pour l’offre de soins et soutien aux OEV et leurs familles en Côte d’Ivoire comporte trois (03) niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

1. Niveau central

Le niveau central est représenté par le Ministère de tutelle et ses démembrements, le C-ROS, le PN-OEV, les partenaires institutionnels nationaux (Ministères techniques) et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Ces entités définissent les orientations stratégiques en matière de soins et soutien aux OEV et collaborent étroitement pour une coordination nationale de la réponse en matière de soins et soutien aux OEV et leurs familles.

1.1 Ministère de la Femme, de la Famille et de l’Enfant

Le décret n° 2021-468 du 08 Septembre 2021 portant organisation du Ministère de la Femme, de la Famille et de l’Enfant, détermine les attributions des différents services. Et au nombre de ses Programmes et cellules rattachées, figure le PN-OEV en charge de la conduite de la Politique Nationale en faveur des OEV et leurs familles.

Du fait que le Ministère recouvre plusieurs programmes, il est donc un autre cadre de collaboration et de coordination intra et interministériel pour améliorer la protection et la qualité des soins et soutien offerts aux enfants et adolescent.e.s en situation de vulnérabilité, y compris les OEV et leurs familles.

1.2 Comité de réflexion sur la problématique des OEV (C-ROS)

Créée en 2000 par des acteurs engagés sur la thématique des « *orphelins du sida* », et fonctionnant comme un groupe technique de travail, la Cellule de Réflexion sur la problématique des Orphelins du sida (CEROS) a été transformée, dans sa version institutionnelle, par **l'Arrêté N°0015/MSSH/Cab du 11 septembre 2003**, en Cellule de réflexion sur la problématique des OEV (CEROS-EV). Dans son évolution, cette entité a pris la dénomination de Comité de Réflexion sur la problématique des Orphelins et autres enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida (C-ROS) avec **l'Arrêté N°104/MFFAS/CAB du 02 septembre 2009**.

En tant qu'organe consultatif rattaché au Ministère en charge de la famille, le C-ROS a pour mission d'impulser la réflexion sur la problématique des OEV et de proposer des stratégies en vue d'une meilleure intégration sociale de ces derniers. Au titre de ses attributions, en plus d'orienter le PN-OEV dans ses différentes missions (coordination, planification, mobilisation de ressources, suivi et évaluation), le C-ROS est également chargé de contribuer au développement de la Politique Nationale en matière de soins et soutiens des OEV.

1.3 PN-OEV

Le PN-OEV est un programme rattaché au Cabinet du Ministère en charge de la famille qui a été institué par le **Décret N°2003-383 du 9 octobre 2003 portant organisation du Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés (MSSSH)**, et dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus par **l'Arrêté N°0015/MSSSH/CAB du 15 décembre 2003**. Il a pour mission de développer la Politique Nationale de prise en charge et d'accompagnement des OEV du fait du VIH/sida, et de veiller à sa mise en œuvre.

A ce titre, le PN-OEV est chargé de :

- définir le cadre stratégique d'interventions en faveur des OEV ;
- coordonner, suivre et évaluer tous les programmes destinés aux enfants vivant avec et/ou affectés par le VIH;
- développer une base de données nationale sur les OEV ;
- promouvoir et organiser la participation de tous les acteurs (Gouvernement, Société Civile, communautés, Partenaires au développement...) aux actions en direction des OEV.

1.4 Partenaires institutionnels nationaux

La réponse institutionnelle à l'épidémie du VIH et de son impact social et sociétal s'est construite en Côte d'Ivoire dans une **approche interministérielle** ; chacun des ministères impliqués a une attribution spécifique. Ainsi, le Ministère en charge de la famille et de la Femme coordonne la mise en œuvre de la politique gouvernementale de soins et soutien aux OEV et leurs familles, en lien avec d'autres Ministères qui sont ses

partenaires nationaux, au travers de leurs structures et organismes sous tutelles impliqués dans la réponse nationale contre le VIH.

En premier lieu figure le Ministère en charge de la santé, qui porte le leadership de la coordination nationale de la réponse au VIH en Côte d’Ivoire, notamment à travers le Programme National de Lutte contre le sida (PNLS). Cet alignement se traduit notamment par le fait que les interventions programmatiques pour la réponse à la problématique OEV tirent leur légitimité du Plan Stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les Infections Sexuellement transmissibles.

Les autres Ministères (via leurs structures et organismes sous tutelles) impliquées dans la réponse nationale à la problématique des OEV sont entre notamment :

- Les Ministères en charge de la protection sociale, de la solidarité, et du travail
- Les Ministères en charge des Finances, de l’économie, du budget, du plan et du développement
- Les Ministères en charge de la Justice, des Droits de l’Homme, de la sécurité, de l’intérieur et de la défense
- Les Ministères en charge de l’éducation nationale, de l’enseignement technique et de la formation professionnelle
- Les Ministères en charge de l’emploi, de la jeunesse, des sports et loisirs
- Les Ministères en charge de l’agriculture, du développement rural
- Les Ministères en charge de l’assainissement, de la construction et du logement.

1.5 Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

Dans le cadre de la mise en œuvre des interventions de soins et soutien aux OEV et leurs familles, le MFFE bénéficie de l’appui technique et financier des partenaires bilatéraux et multilatéraux. Au nombre de ceux-ci figurent le PEPFAR à travers les équipes pays de CDC et de l’USAID, le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l’UNICEF, l’ONUSIDA, l’OMS et les agences des Nations Unies, la Banque Mondiale et l’Union Européenne. À ces agences s’ajoutent les mécanismes de collaboration bilatérale avec Le Gouvernement ivoirien.

2. Niveau intermédiaire : les Directions Régionales (DR)

Les Directions Régionales des ministères en charge de la famille et de la protection sociale sont chargées du contrôle, du suivi et de la coordination des activités menées par leurs structures opérationnelles. A ce titre, elles facilitent la collaboration et les échanges d’informations entre les secteurs. Elles supervisent les structures de mise en œuvre des interventions.

Les Directions Régionales des autres ministères techniques impliqués dans la réponse globale contre le VIH contribuent également à la mise en œuvre des interventions de soins et soutien aux OEV et leurs familles.

3. Niveau périphérique

3.1 Organisations de la Société Civile (OSC)

L’offre de soins et soutien aux OEV, enfants nés/vivant avec ou affectés par le VIH est quasi essentiellement assurée sur le terrain par les organisations de la société civile. Face à l’ampleur de la pandémie du VIH et à l’insuffisance des structures publiques, les communautés se sont mobilisées au sein d’associations et d’ONG (certaines fédérées en réseaux), avec la contribution significative des associations de personnes vivant avec le VIH. Ces organisations mènent des activités de sensibilisation, offrent des services de conseils, de soins et soutien et prévention aux OEV et leurs familles. Certaines de ces associations et organisations disposent de centres ou de maisons d’accueil et d’hébergement transitoire pour les enfants, adolescent.e.s et personnes vivant ou affectées par le VIH ou en situation de vulnérabilité par rapport au VIH.

Compte tenu de l’actualité du VIH, il est de plus en plus question de prendre en compte les adolescent.e.s et jeunes exposés au risque d’infection dans la réponse.

3.2 Centres Sociaux (CS)

Les CS sont des établissements étatiques polyvalents à caractère social, éducatif et sanitaire, qui ont pour rôle de cerner la complexité des besoins exprimés par les populations en situation de vulnérabilité. Les missions assignées aux Centres sociaux sont orientées vers la satisfaction des problèmes suivants :

- surveillance socio-sanitaire et psychomotrice de l’enfant de 0 à 5 ans ;
- surveillance socio-sanitaire de la mère;
- éducation familiale en faveur des femmes et des jeunes ;
- prise en charge des problèmes spécifiques des jeunes et des personnes en situation de handicap ;
- amélioration des conditions de vie des groupes et des communautés ;
- offre de services aux Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH, aux enfants et adolescent.e.s vulnérables au VIH et leurs familles respectives.

Les CS participent à l’offre de soins et soutien aux OEV du fait du VIH et du sida et leurs familles et assurent un rôle central de coordination de la Plateforme de collaboration OEV (PFC), entité clé au niveau périphérique dans la Politique Nationale de soins et soutien aux OEV du fait du VIH et du sida et leurs familles en Côte d’Ivoire. En plus de son rôle de coordination, le CS travaille en collaboration avec la Cellule Juridique et les Groupes Communautaires de Soutien.

3.3 Complexes Socio-éducatifs (CSE)

Les CSE sont des structures publiques qui regroupent en général sur le même site, un Centre Social, un Centre de Protection de la Petite Enfance et un Centre d’Éducation Spécialisée.

3.4 Centres d’Éducation Spécialisée (CES)

Les CES sont des établissements publics à caractère social chargés de l’encadrement, de la protection et de la réinsertion des enfants en situation difficile (enfants de la rue, enfants dans la rue, enfants et jeunes travailleurs, enfants victimes de traite et de pires formes de travail des enfants, etc.). Ils sont toujours sous l’autorité du Complexe socio-éducatif qui en assure la tutelle administrative.

3.5 Centres de Protection de la Petite Enfance (CPPE)

Les CPPE sont des structures sociales qui accueillent des enfants de 2 à 5 ans en vue de leur prise en charge psychomotrice, socio-affective, cognitive, sanitaire et nutritionnelle.

3.6 Centres d’Action Communautaire pour l’Enfance (CACE)

Les CACE sont des centres d’action communautaire pour l’enfance, généralement construites et gérées par la communauté en vue de la prise en charge intégrée de l’enfant de 0 à 5 ans. Ces centres bénéficient de l’appui technique des Directions Régionales.

3.7 Institutions spécialisées

La Politique Nationale en matière de soins et soutien aux OEV et leurs familles prône le maintien des enfants dans la cellule familiale en tant que premier prestataire de soins aux enfants, comme le recommande la Politique Nationale de Protection de l’Enfant (PNPE). La mise en institution, en tant qu’option qui s’impose dans certaines situations, doit donc être considérée comme transitoire et doit ainsi être couplée avec une action de recherche ou de médiation (selon les cas) afin de trouver un cadre familial dans lequel ces enfants pourraient se retrouver pour leur développement harmonieux.

Au nombre de ces institutions pouvant servir de structures transitoires, nous avons les Pouponnières⁵¹, Orphelinats⁵², l’Institut National Ivoirien pour la Promotion des Aveugles

⁵¹ Établissement ayant pour mission d’assurer la protection de l’enfant âgé de 0 à 5 ans en situation de vulnérabilité du fait de l’abandon, de l’indigence, du décès, de l’incarcération de l’un ou des deux parents, ou du fait de menaces susceptibles de porter atteinte à son intégrité morale et physique, à son développement harmonieux et à son bien-être.

⁵² Établissement à régime d’internat qui accueille les enfants de 6 à 15 ans ayant perdu leur père et/ou leur mère, en vue de favoriser leur éducation et leur intégration sociale.

(INIPA)⁵³, les Centres Éducatifs⁵⁴ et l’École Ivoirienne pour les Sourds (EcIS)⁵⁵, les Centres d’Accueil des Enfants en détresse, Centres de transit pour Enfants.

3.8 Plateformes de collaboration OEV (PFC)

Les PFC représentent un cadre de réflexion regroupant les structures publiques et privées ainsi que les organisations communautaires émanant de la société civile. Leurs installations sont généralement précédées d’une analyse situationnelle. Outre les PFC OEV, il en existe d’autres types, notamment la plateforme VBG et la plateforme protection. En fonction de leur spécificité, elles sont coordonnées soit par le Centre Social, soit par la Direction Régionale Ministère en charge de la famille, soit du Ministère en charge de la protection sociale. Leur fonctionnement repose sur la tenue de réunions mensuelles et la coordination de la production de données d’activités. Chaque ONG membre de la Plateforme de collaboration doit transmettre un rapport d’activités périodique à l’entité Étatique dont elle relève.

⁵³ Ayant pour missions d’assurer la prise en charge psychosociale, la formation scolaire et professionnelle des aveugles ou malvoyants âgés de 6 à 30 ans, à travers une éducation et une réadaptation fonctionnelle. Les missions de cet établissement à régime d’internat visent non seulement l’autonomie, mais aussi une bonne réinsertion sociale de ses pensionnaires.

⁵⁴ Institutions sociales spécialisées assurant la prise en charge éducative, scolaire, sanitaire, nutritionnelle, médicale et professionnelle des enfants, adolescent.e.s et jeunes en difficulté d’adaptation sociale et/ou accusant un retard scolaire

⁵⁵ L’EcIS a pour objectifs d’apprendre à lire et à écrire aux enfants sourds et muets de 5 à 15 ans, et de contribuer à leur insertion socioprofessionnelle. Ses activités s’étalent de la maternelle à l’encadrement professionnel en passant par le suivi scolaire des sourds inscrits dans les établissements secondaires ordinaires. Elle fonctionne sous un régime d’internat.

CHAPITRE 7 : SYSTÈMES DE COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET ÉVALUATION DE LA POLITIQUE NATIONALE

I. SYSTÈMES DE COORDINATION

Le système de coordination est animé au niveau national par le PN-OEV, au niveau déconcentré par les Directions Régionales et au niveau opérationnel par les Centres Sociaux et les acteurs de la PFC.

1. Système central de coordination

Au niveau central, le Ministère en charge de la Famille et de l'enfant assure le lead de la coordination dans le cadre d'une approche multisectorielle avec tous les autres partenaires institutionnelles, techniques et financiers mobilisés, avec la complémentarité et l'interopérabilité au cœur de son action. Le ministère décide des principales orientations de la politique, coordonne la mise en œuvre de la politique gouvernementale de l'offre de soins et soutien aux OEV et leurs familles ainsi que la mobilisation des ressources auprès du Gouvernement ivoirien et des partenaires techniques et financiers internationaux, sans oublier le secteur privé.

De manière pratique, cette responsabilité est assurée par le PN-OEV en cohérence avec ses missions et attributions. Cette coordination veillera notamment à maintenir un véritable cadre permanent de concertation et de décisions institutionnelles entre les différentes parties prenantes, et aura aussi pour but une meilleure rationalisation des services sur le territoire national, des ressources à disposition dans les différents domaines d'intervention et un meilleur suivi des progrès.

2. Système déconcentré de coordination (niveau intermédiaire)

Au niveau dit intermédiaire, la coordination fait intervenir les Directions Régionales et le centre social (CS).

2.1 Direction Régionale

Les tâches de la Direction Régionale du ministère en charge de la famille portent essentiellement sur le suivi, les supervisions formatives et évaluatives des structures sous son autorité. Cette action doit s'inscrire dans la dynamique d'interopérabilité, complémentarité et de synergie d'action des Directions régionales et entités de ministères impliqués dans la réponse multisectorielle, tels les ministères en charge de la protection social, de la santé et de l'hygiène publique.

2.2 Centre social

Dans le cadre de la prise en charge des OEV et de la réduction des vulnérabilités des enfants, adolescents et jeunes, le renforcement du secteur social s'est traduit en partie par

la restructuration du centre social. Au total, en 2023, 74 Centres Sociaux abritent des plateformes de collaboration OEV et en assurent la coordination. Cette stratégie, même si elle devrait être actualisée et réajustée en tenant compte de la dynamique d'action du terrain (la diversité des plateformes coordonnées par le centre social invitant à une réflexion stratégique en vue d'une unicité d'action), devra se poursuivre en termes de couverture nationale.

Pour rappel la plateforme est un cadre de réflexion et de collaboration regroupant les structures publiques et privées ainsi que les organisations communautaires émanant de la Société Civile (SC). Elle occupe une place importante dans la stratégie nationale de mise en œuvre des directives et orientations de la politique nationale, la collecte des données de terrain, du suivi et de la coordination de la mise en œuvre des actions. L'action du PN-OEV repose en grande partie sur ces plateformes.

II. Système de suivi évaluation

La mise en œuvre de la politique en matière de soins et soutien aux OEV est sous-tendue par un dispositif national de suivi évaluation robuste conformément au principe du « *Three one's* ». Ce système s'articule autour des composantes ci-dessous : le suivi, l'évaluation et la gestion du système.

Le système de suivi et évaluation des interventions en direction des OEV et leurs familles est harmonisé, coordonné, cohérent et porté par le Ministère en charge de la famille et de l'enfant à travers le PN-OEV. Ce système permet la réalisation d'un cadre de suivi fiable et périodique de collecte de données sur les interventions menées par les différents acteurs, avec des données à la fois qualitatives et quantitatives, mais aussi de suivi des tendances et des mesures prises sont instaurés.

Le suivi de la Politique Nationale sera mieux apprécié et ajusté grâce aux supervisions qui consistent à observer les acteurs en situation (dans l'exécution des activités sur le terrain). Elles ont pour objectifs d'apprécier l'exécution des activités, de déceler les problèmes des prestataires afin d'y apporter des mesures correctrices. À celles-ci s'ajoutent des visites terrain qui constituent quant à elles des occasions de s'imprégner des réalités de terrain afin de s'assurer de la qualité des informations rapportées, mais aussi d'ajuster ou de réorienter les stratégies d'intervention.

La mise en place d'un système national de surveillance et d'information permettra à l'ensemble au Ministère, au PN-OEV, aux partenaires techniques et financiers et à tous les acteurs de disposer de données pour informer l'élaboration des nouvelles interventions et politiques et influencer les décisions stratégiques.

En ce qui concerne les activités d'évaluation, la Politique Nationale de soins et soutien aux OEV et leurs familles vulnérables en lien avec le VIH en Côte d'Ivoire s'appuie sur des évaluations régulières. L'évaluation est une activité ponctuelle qui consiste à apprécier le degré d'atteinte des résultats du programme (efficacité, efficience, performance, etc.) et

de mesurer l'impact sur les bénéficiaires. À ces opportunités d'évaluation s'ajoutent toutes les initiatives de recherches-action ou recherches opérationnelles qui seront encore plus renforcée.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Banque Mondiale, *Boîte à outils pour les OEV : Une Boîte à outils pour la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) en Afrique Sub-Saharienne (ASS)*, 2005
- Catholic Relief Services, *Good practices in case management how your OVC program can be ready for a Site Improvement Monitoring System (SIMS) assessment*, 2017
- Décret n°2023-90 du 15 Février 2023 portant règlementation des familles d'accueil
- Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, *Note d'information VIH - Période d'allocation 2023-2025*, version actualisée, décembre 2022
- INS (Institut National de la Statistique), *Données démographiques, 2021-2022*
- Institut National de la Statistique-INS Côte d'Ivoire, ICF, *Enquête Démographique et de Santé de Côte d'Ivoire, 2021 (EDS –CI 2021)*. Rockville, Maryland, USA, juin 2022
- International HIV/AIDS Alliance, *La programmation VIH centrée sur la famille au bénéfice des enfants*, 2012
- ITPC (International Treatment Preparedness Coalition), *Prestation Différenciée des Services (DSD)*, <https://itpcglobal.org/fr/blog/treatment/differenciation-prestation-de-services/>, consulté le 8 avril 2023
- JIAS (Journal of International Aids Society), *Optimizing the impact of key population programming across the HIV cascade*, Volume 21, Supplement 1 February 2018
- Loi n° 2019-572 du 26 juin 2019 relative à la minorité
- Médecins du Monde, *Rapport Analyse situationnelle Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan : Prévalence et pratiques à risques d'infection par le VIH, les hépatites virales et autres infections*, 2004
- Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, *Politique Nationale de Protection de l'Enfant (PNPE)*, janvier 2023
- Ministère du plan et du développement, *Résultats globaux du 5ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de la Côte d'Ivoire*, 2021
- Ministère du plan et du développement, UNICEF, *Analyse de la situation des enfants et des femmes en Côte d'Ivoire (SITAN)*, 2019
- Ministère du plan et du développement, *Enquête à Indicateurs Multiples 2016 sur la situation des femmes et des enfants en Côte d'Ivoire (MICS) 5*, 2016

- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP), *Évaluation de l'impact du VIH dans la population générale en Côte d'Ivoire - CIPHIA 2017-2018, Rapport final*. Abidjan: MSHP ; Décembre 2020
- Ministère de la santé de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, Réseau Ivoirien des Organisations de personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire (RIP+), *Rapport de l'étude nationale de l'index de la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire 2.0. (Index Stigma) 2.0*, 2021
- Ministère de la santé et de la Lutte contre le sida, *Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le sida (EF/REDES) Côte d'Ivoire 2010 & 2011*, 2013
- Nations Unies, *Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant (CDE)*, 1989
- ONP, *Analyse des privations multiples des enfants en Côte d'Ivoire – selon le modèle N-MODA*, Novembre 2018
- OMS, *La prestation différenciée de services aux enfants et adolescents*, <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-CDS-HIV-19.25#:~:text=La%20prestation%20diff%C3%A9renci%C3%A9e%20des%20services,soulager%20les%20syst%C3%A8mes%20de%20sant%C3%A9>, 2019, consulté le 8 avril 2023
- ONUSIDA, *Élargir la riposte mondiale au VIH/SIDA par une action mieux dirigée : réduction du risque et de la vulnérabilité : définitions, analyse raisonnée et voies à suivre*, 1998
- ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida*, 2002
- ONUSIDA, *Soins et soutien du VIH - Soins et soutien du VIH prenant en compte les lignes directrices unifiées de l'OMS de 2016*, 2016
- Organisation de l'Unité Africaine OUA, *Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant*, 1990
- PEPFAR, *PEPFAR 2022 Country and Regional Operational Plan (COP/ROP) Guidance for all PEPFAR-Supported Countries*
- PEPFAR, *Redéfinition des Orientations Stratégiques du PEPFAR - Réaliser la Promesse des États-Unis pour mettre Fin à la pandémie du VIH/SIDA d'ici 2030*, Septembre 2022
- PNLs, *Plan d'Action Pays 2023- 2025 – Alliance mondiale pour l'élimination du VIH pédiatrique d'ici 2030*, janvier 2023
- PNSSU, *Politique Nationale de Santé des Adolescents et des Jeunes 2016 – 2020*, 2016
- The Lancet, *Child and adolescent health*, Volume 2, Issue 3, P.223-228, March 2018, [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)

- The Lancet, *Adolescence: a foundation for future health*, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60072-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60072-5/fulltext)); consulté le 8 avril 2023.
- The Lancet, *Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data* [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60203-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60203-7/fulltext)); consulté le 8 avril 2023.
- The Lancet, *Worldwide application of prevention science in adolescent health*, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60238-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60238-4/fulltext), consulté le 8 avril 2023.
- UNAIDS, *Dangerous inequalities: World AIDS Day report 2022*, Geneva; 2022
- UNAIDS, *2025 AIDS targets*, 2022
- UNAIDS, Stop aids Alliance, *Communities deliver - The critical role of communities in reaching global targets to end the aids epidemic*, 2015
- UNAIDS/ONUSIDA, WHO/OMS, *Integration of mental health and HIV interventions, 2022*
- UNICEF, *Addressing inequities in the global response Children, adolescents and AIDS in 2022*
- Unicef, Orphanhood, <https://data.unicef.org/topic/hivaids/orphanhood/>, july 2022, consulté le 10 avril 2023
- UNICEF, *TOWARDS AN AIDS-FREE GENERATION, Promoting community-based strategies for and with children and adolescents with disabilities*, 2012
- WHO, *Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice*, Decembre 2019
- WHO, *The second decade: improving adolescent health and development*, Geneva, 2001

ANNEXE

Liste de présence des participants à l'atelier de révision des documents de référence DPN et PSN OEV, Hôtel EZONI du 11 au 15 Avril 2023.

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Contacts	
				TEL/CEL	E-MAIL
1	ABDALLAH TRAORE	MEPS	DR	07 57 66 96 65	drao.yakro@gmail.com
2	ABOUO FARIDA MARCELLE	MFFE		07 58 41 09 74	
3	AKE LAURENCE EMMANUELLE	PN-OEV	CHARGE S.E	07 57 60 35 55	palme111@yahoo.fr
4	AKORA EPSE YAPO	MFFE	CT	07 07 82 59 74/07 08 79 06 65	akorayapo2@gmail.com
5	ANKOTCHE MIREILLE	PN-OEV	S/D RENFOR. SYS	07 07 39 70 84	amireille@pnoev.ci
6	APATA BOSSON ANTOINE	PNN	MEDECIN	07 08 16 35 88	apataboss@gmail.com
7	CAMARA BEN ZACARIAN	CENTRE SAS	PRSDT ADOS ET JEUNES	07 58 31 74 68	camaben25@gmail.com
8	CHRISTELLE ANOKRE	PPEAV	ASS. PROJET	07 08 14 12 93	anokrechristelle@gmail.com
9	COULIBALY NIBON D.	PN-OEV	COORD	07 79 80 34 89	coulibalyNibongu@gmail.com
10	DAGRI N'ZIAN LUCIE	USAID	C TEQ	05 05 12 02 74	ldagri@usaid.gov
11	DAKO DANO	DRFFE SC	DR	07 07 37 76 47	dakodano@rocketmail.com
12	DANIEL TRAH DIBI	INSFS/MEPS	FORMATEUR	07 07 66 62 55	dilr_daniel2@yahoo.fr
13	DIOMANDE BRAHIMA	C.ROS	VICE-PRSDT	07 07 15 07 24	dndtelcom41@gmail
14	DOH MOMBA	IRC	ASS. MANG S&S	05 84 20 08 30	thierry.dohrescue.org
15	DR KONAN ELIE	PN-OEV	CONSULTANT	07 57 08 45 27	eliebledou@gmail.com
16	DR KOUASSI FLORE LAGO	PN-OEV	D-C	07 07 25 91 92	florekouassi@pnoev.ci
17	EBINI KOFFI	MEPS	DR	07 08 08 42 69	drpsdaoukro@gmail.com
18	ELYSEE LEROUX	RIJES	DIR EXECUTIF	01 02 84 19 07	lerouxelysee@yahoo.fr
19	GAUDENS KABLAN ALDREX	ONG FESALIS	DOORD	07 49 79 54 32	gaudenskablanaldrex@gmail.com
20	GNAHORE YALLA ARTHUR	IRC	CONSEILLER TECH. SOINS ET SOUTIEN	05 56 57 54 05/07 08 61 26 26	arthur.gnaore@rescue.org
21	KAMAGATE FATHIM	CDC	ADS	05 74 90 80 46	opx3@cdc.gov
22	KARAMOKO AHMED	DGPS	AGENT	07 48 15 06 79/05 46 44 37 46	karamoko1984.ahmed@gmail.com
23	KOFFI K. RODRIGUE	G.E	CONSULTANT	07 08 87 65 18	kolou.rodrigue@gmail.com

PN-OEV – Politique nationale de soins et soutien aux orphelins, autres enfants et leurs familles vulnérables en lien avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Contacts	
				TEL/CEL	E-MAIL
24	KOFFI KOUASSI HILAIRE SOCRATE	PNLVBG	CHEF SCE	07 47 29 66 11	koffisocrate@yahoo.fr
25	KOFFI YAO HYACINTHE	CENTRE SAS	CHEF PROJET ADOS	07 09 66 67 71	Hyacinthe.kofficentresas.ci.org
26	KONAN ELIE	PN-OEV	CONSULTANT	07 57 08 45 27	elibledou@gmail.com
27	KONAN KOUAKOU DENIS	SEV-CI	CTSSOEV	05 44 71 59 65	akonan@sevci.org
28	KOUAKOU EMMA	PN-OEV	CHARGE MOBILISATION	07 47 85 57 88	angouem@gmail.com
29	KOUAKOU EPSE KAKOU JOSEPH SOLANGE	PNSSU - SAJ	MEDECIN	01 01 08 58 85	kakoujoseph@gmail.com
30	KOUAME KOFFI REMY	PNLS	ASS. SOIN SOUTIEN	07 48 09 24 91	kouame.remy@pnls-ci.com
31	KOUASSI MAX ELIE ARSENE	SAVE THE CHILDREN	SR MANAGER	07 58 96 18 65	arsene.Kouassi@savethechildren.org
32	KROU A. MICHEL	GFM3	CT OEV/REM	07 07 71 24 85	Michelkrou27@gmail.com
33	KROUMA MOUHAMADOU	MENA	CHEF SCE	07 07 62 40 51	krouma00@gmail.com
34	LATH JEANNINE	CDC	OVCT.A	05 64 48 33 74	usk@cdc.gov
35	MOUSSA DIARASSOUBA	MFFE	DIR CAB	07 47 77 66 53	mo.diarassouba@famille.gouv.ci
36	N'GATTA GUY ROLAND	SAVE THE CHILDREN	CT OEV-REM	05 85 18 18 71	Roland.ngatta@savethechildren.org
37	N'GUESSAN T. SOSTHENE	UNIVERSITE NANGUI ABROGOUA	CONSULTANT	07 07 28 35 01	nguessans@yahoo.fr
38	NANDJUI YANNICK ROMUALD	CCE	SUP. COM	05 64 27 49 51	nandjuromuald@gmail.com / cocodyatedelespoir@yahoo.fr
39	NICOUE A. AIME	CDC	CHEF ADJT BIS	05 05 01 38 70	hpm8@cdc.gov
40	PRAO AKA HERVE	CDC			xxe6@cdc.gov
41	PRAO HERVE	CDC	CT	05 04 14 90 11	xxe6@cdc.gov
42	REINE AFFIBA NIANVOM T.	PN-OEV	RESP SCE FORMATION R.S	01 40 00 82 24	benediction537@yahoo.fr
43	SANOGO NEE KONATE MARIAME	PNLS	ASS. SOINS ET TRAITEMENT	05 95 97 76 45	Sanogo.mariame@pnls-ci.com
44	SAVANE SY MARIAM KABA	PN-OEV	RESP MPCOM	07 07 33 36 35	smariam@pnoev.ci
45	SEHI MATHURIN	DMOSS/MENA	COORD. PROG PREVENTION IST/VIH	07 07 65 50 41	mathurinsehi@yahoo.fr

PN-OEV – Politique nationale de soins et soutien aux orphelins, autres enfants et leurs familles vulnérables en lien avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Contacts	
				TEL/CEL	E-MAIL
46	SEMI LOU BERTINE	COFCI	PCA	05 05 70 18 69	semitina@gmail.com
47	SILUE GUEFFALA DAVID	CARITAS	CC / SS	07 08 54 83 97	gueffaladavid@gmail.com
48	SORO DETI GEORGES	EGPAF	CT OEV	05 05 62 30 21	sgeorges2@yedaids.org
49	SORO ZAHATIO	CARITAS KORHOGO	DIRECTRICE DIOCÉSAINE	05 05 40 90 97	zahatiosoro@yahoo.fr
50	TAHE ARTHUR LANDRY	MFFE	DAFP	07 08 18 32 52/27 20 33 71 71	arthurtahe@yahoo.fr
51	TINGAIN NEE KOUAME AMANI CLAUDINE	PN-OEV	CHARGÉE DE FORMATION	07 07 56 24 23	klaudine@pnoev.ci
52	TOURE NEE KONE MOUSSOKORO	MEMDEF	RESPONSABLE OEV ET VBG	07 07 36 39 34	Tourebetty0@gmail.com
53	TOUVOLY BI ZORO B.	DR BELIER	DIRECTEUR RÉGIONAL	07 47 15 28 83/05 55 40 58 20	pivotouvo@gmail.com
54	TRAORE FATOUMATA BINTOU	DPE	SOUS-DIRECTRICE	07 47 71 97 62	traorefb3@gmail.com
55	TRIKA BEUGRE	USAID	CT DREAMS	05 64 54 18 75	jtrika@usaid.gov
56	YAO MAX LANDRY	DFP	CHEF SCE	07 57 63 15 50	maxlandry@outlook.com
57	YAPI ROLANDE EPSE KOFFI	ONG ALLIANCE	CHARGE PROGRAMME	07 47 06 34 78	rkoffi@allianceciv.org
58	YAPO AKORA ARAMATA	MFFE	CONSEILLÈRE TECHNIQUE	07 07 82 59 74/07 08 79 06 65	akorayapo2@gmail.com
59	YEFFEY PACOME	MEPS/DAS	SOUS-DIRECTEUR	07 09 46 73 46	pacyeffey@yahoo.fr
60	YEO HAROUNA	ESPACE CONFIANCE	COORDINATEUR RÉGIONAL	07 08 33 06 67	harouna.yeo@hotmail.com

Liste de présence des participants à l'Atelier de validation des documents de référence en soins et soutien aux OEV (DPN et PSN),

Abidjan Hôtel Roberts, Du 30 mai au 01 juin 2023

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Contacts	
				TEL/CEL	E-MAIL
1	LATTE JEANINE	CDC	OEV ADVISER	0564483374	USK2@cdc.gov
2	DAFFE KARIDJA	PN-OEV	COORDONATEUR TECHNIQUE	0505633745	dkaridja@pnoev.ci
3	ANKOTCHE MIREILLE	PN-OEV	S/D RS MPC SS	0707397084	amireille@pnoev.ci
4	KOUA CHIMENE	PN-OEV	S/D S/E et ROQ	0787896553	dchimene@pnoev.ci
5	PR KOUASSI N'GORAN FRANCIS	UNIVERSITÉ DE BOUAKE	PERSONNE RESSOURCE	0707427293 0102504293	K_ngofr@yahoo.fr
6	DAKO DANO	DR FFE SC	DR	0707377647 0102858888	dakodano@rocketmail.com
7	AKAFFOU AKAFFOU EDOUARDO	CS YOPOUGON PORT- BOUET 2	DIRECTEUR	0707377647 0708836775	akafedo@yahoo.fr
8	CAMARA BEN ZACARIAH	CENTRE SAS	PRÉSIDENT ADO. ET JEUNES	0758317468	camaben25@gmail.com
9	DIOMANDE BRAHIMA	C-ROS	VICE PRÉSIDENT	0707150724	dmdlecom41@gmail.com
10	GNAHORE ARTHUR	IRC	CT SOINS ET SOUTIEN	0556575405	arthur.gnaoré@rescue.org
11	SORO DETI GEORGES	EGPAF	TA OEV DREAMS	0500049656	sgeorges2@@pedaids.org
12	MEM BGEADA ALFRED	GFM3	CT PCO	0709429619	gbeadaalfred@gfm3.org

PN-OEV – Politique nationale de soins et soutien aux orphelins, autres enfants et leurs familles vulnérables en lien avec le VIH/sida en Côte d’Ivoire

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Contacts	
				TEL/CEL	E-MAIL
13	KOUAKOU MARTHE	Das /MEPS	CHEF DE SERVICE	0707445365	Komatoy1975@gmail.com
14	GAUDENS KABLAN ALDREX	ONG FESALIS	COORDONNATEUR	0743796432	gaudenskablalaldrex@gmail.com
15	KONAN KOFFI ELIE	PN-OEV	ASSISTANT TECHNIQUE	0757084527	eliebledou@gmail.com
16	AKE LAURENCE	PN-OEV	SSP	0757603555	palme1110@yahoo.fr
17	TINGAIN CLAUDINE	PN-OEV	RENFORCEMENT DU SYSTÈME	0707562423	clkouame@yahoo.fr
18	KONAN NATACHA	PN-OEV	CHARGÉE DE COMMUNICATION	0708549450	Konan731@yahoo.fr
19	GOUA ODJE HERMANN	PNSSUSAJ	ATTACHE SOCIAL	0707800229	gouahermann@gmail.com
20	KOUASSI KOUAMENAN CYRILLE HERMANN	DPE MFFE	MEPS	0789724454	kouamenancyrille@yahoo.fr
21	GBEDE NEE YAO AMABROU PATRICIA	PPEAV	MFFE	0707121762	gbedepatricia@gmail.com
22	KOUAME KOFFI REMY	PNLS	ASSISTANT SOCIAL	0748092491	Kouame.remy-pnlsci.com
23	YEO HAROUNA	ESPACE CONFIANCE	COORDONNATEUR RÉGIONAL OEV	0708330661	Harouna.yeo@hotmail.com
24	YAO MAX LANDRY	DPGJ MFFE	CHEF DE SERVICE	0757631550	maxlandry@outlook.com
25	ZAOUE AIMOND DEHAPAHY	PNLVBG	CHARGE DE COMMUNICATION	0779529034	Benisbenis1c@gmail.com
26	TRIKA BEUGRE JOSEPH	USAID	CT DREAMS	0564541875	jtrika@usaid.gov

PN-OEV – Politique nationale de soins et soutien aux orphelins, autres enfants et leurs familles vulnérables en lien avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Contacts	
				TEL/CEL	E-MAIL
27	N'DRI AMANI EUDS	DC PNN	CHARGE DE FORTIFICATION	0708047606	amanieuds@gmail.com
28	KOUASSI MAX ELIE A	SUIVI-ÉVALUATION	MANAGER	0758961865	arsenekouassisavethechidren.org
29	YAPO MARCELIN	AVSI	CHARGE DE PROTECTION	05043348709	Marcelin.yapo@avsi.org
30	REINE AFFIBA ÉPOUSE TAHOU	PN-OEV	RENFORCEMENT DE SYSTÈME	0140008224	Benediction537@yahoo.fr
31	DOUMATEY NICOLE	CDC	CHEF ADJOINT	0505377284	Hplg@cdc.gov
32	N'GUESSAN TENGUEL SOSTHENE	UNIVERSITÉ NANGUI ABROGOUA	CONSULTANT	0707283501	nguessans@yahoo.fr
33	KOFFI RODRIGUE	GRANDIR ENSEMBLE	CONSULTANT	0708876518	Kolou.rodrique@gmail.com

elle aide à examiner ses propres pratiques, à en tirer des enseignements et par conséquent, à améliorer ses pratiques.

La valorisation consiste à identifier, analyser et documenter de façon systématique les expériences, enseignements et bonnes pratiques tirés de l'action des acteurs dans l'offre de services aux OEV et leurs familles

TABLES DES MATIÈRES

La recherche au sein des interventions du Programme national OEV passe par l'établissement de passerelles de travail et de collaboration avec les Universités, et autres unités ou laboratoires de recherches, notamment en matière de sciences sociales: A titre

CHAPITRE 1 : DÉFINITIONS - CONTEXTE	7
I. DÉFINITION DES CONCEPTS ET DES TERMES CLÉS	7
1. Enfant	7
2. Adolescent.e	7
Définition programmatique des Nations Unies	7
Choix d'une définition élargie de l'adolescence	7
3. Orphelin	9
4. Personne vulnérable	9
5. Enfant ou adolescent.e vulnérable	9
6. Orphelin et Enfant Vulnérable (OEV)	10
7. Orphelin et l'enfant vulnérable au VIH en Côte d'Ivoire.....	10
8. OEV du fait du VIH et du sida.....	10
9. Enfants ou adolescent.e en situation de vulnérabilité face au VIH.....	11
10. Famille	11
11. Familles vulnérables	12
12. Approche de la programmation VIH centrée sur la famille	13
13. Approche de la gestion des cas	13
14. Prestation Différenciée des Services (DSD)	13
II. CONTEXTE GÉNÉRAL	15
1. Contexte sociodémographique.....	15
2. Contexte socio-économique	16
3. Contexte socio-sanitaire.....	17
CHAPITRE 2: ANALYSE DE LA SITUATION DES OEV ET LEURS FAMILLES.....	20
I. SITUATION DES OEV DU FAIT DU VIH ET LEURS FAMILLES.....	20
1. Dans le monde	20
2. En Côte d'Ivoire	21
3. Les problèmes des OEV du fait du VIH et de leurs familles	22
3.1 Éducation et mise en apprentissage	23
3.2 Renforcement économique des ménages	23
3.3 Soins de santé.....	23
3.4 Sécurité alimentaire et nutritionnelle.....	24

3.5	Protection	24
3.6	Psychosocial	24
3.7	Abri et soins	25
4.	Situation des autres enfants et adolescent.e.s en situation de vulnérabilité face au VIH.....	25
4.1	Enfants et adolescent.e.s en situation de handicap.....	25
4.2	Enfants et adolescent.e.s victimes de violences basées sur le Genre (VBG).....	26
4.3	Enfants des travailleurs du sexe et des usagers de drogues.....	27
4.4	Enfants et adolescent.e.s eux-mêmes travailleurs du sexe et usagers de drogue	28
4.5	Les adolescent.e.s	28
4.6	Enfants et adolescent.e.s vivant à l’extérieur de l’environnement familial (enfant et adolescent.e.s de/dans la rue)	29
CHAPITRE 3 : LES PRINCIPES ET LES VALEURS		30
<i>I. PRINCIPES DIRECTEURS.....</i>		30
1.	La non-discrimination et l’égalité de chance	30
2.	L’intérêt supérieur	30
3.	La participation et le respect des opinions	30
4.	Le droit à la vie, à la survie et au développement	31
5.	La responsabilité des institutions	31
6.	La redevabilité	31
<i>II. PRINCIPES OPÉRATIONNELS ET VALEURS.....</i>		31
1.	Leadership	31
2.	Gouvernance et responsabilité	32
3.	Droits Humains.....	32
4.	Déconcentration	32
5.	Participation de la communauté.....	32
6.	Transversalité entre les services et programmes	33
7.	Éthique, équité et protection	33
8.	Proximité et continuité des services de soins et soutien	33
CHAPITRE 4 : VISION – OBJECTIFS		
<i>I. VISION.....</i>		34
<i>II. OBJECTIFS.....</i>		34

1. Objectif général.....	34
2. Objectifs spécifiques	34
CHAPITRE 5 : FONDEMENTS ET STRATÉGIES	
<i>I. FONDEMENTS.....</i>	35
1. Approche basée sur les évidences et les données	35
2. Élaboration de documents de références et d’outils nationaux.....	35
<i>II. STRATÉGIES</i>	35
1. Renforcement des capacités.....	35
1.1 Formation des acteurs.....	35
1.2 Rénovation des infrastructures et équipement en matériels	35
1.3 Appui du PN-OEV pour la conduite des activités	36
2. Renforcement de la collaboration multisectorielle / Plateforme de collaboration OEV et démembrements	36
3. Place centrale de la communauté et des acteurs communautaires	37
4. Plaidoyer.....	39
5. Programmation VIH centrée sur la famille	39
6. Approche de la gestion des cas	40
7. Capitalisation, valorisation, recherche.....	40
8. Leadership des adolescent.e.s et jeunes affectés ou nés/vivant avec le VIH.....	41
9. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination : Objectifs « 10-10-10 ».....	41
CHAPITRE 6 : MISE EN ŒUVRE	42
<i>I. CADRE ET FONDEMENT JURIDIQUE.....</i>	42
<i>II. CADRE INSTITUTIONNEL</i>	44
1. Niveau central	44
2. Niveau intermédiaire : les Directions Régionales (DR)	46
3. Niveau périphérique.....	47
3.1 Organisations de la Société Civile (OSC).....	47
3.2 Centres Sociaux (CS)	47
3.3 Complexes Socio-éducatifs (CSE).....	47
3.4 Centres d’Éducation Spécialisée (CES).....	48
3.5 Centres de Protection de la Petite Enfance (CPPE).....	48

3.6 Centres d’Action Communautaire pour l’Enfance (CACE)	48
3.7 Institutions spécialisées	48
3.8 Plateformes de collaboration OEV (PFC)	49

CHAPITRE 7 : SYSTÈMES DE COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET ÉVALUATION DE LA POLITIQUE NATIONALE

<i>I. SYSTÈMES DE COORDINATION</i>	<i>50</i>
1. Système central de coordination	50
2. Système déconcentré de coordination (niveau intermédiaire)	50
2.1 Direction Régionale.....	50
2.2 Centre social.....	50
<i>II. Système de suivi évaluation</i>	<i>51</i>

Programme National de prise en charge des Orphelins
et autre Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida

08 BP 1816 Abidjan 08 - Côte d'Ivoire

Tél : +225 27 22 39 86

Fax : +225 27 22 41 39 86

Web : www.pnoev.ci

Facebook : PNOEV.CI

Email : pnoev2005@pnoev.ci

Cocody 2plateaux ENA Rue J15

