

Communication en Question

www.comenquestion.com

no 6, Juin / Juillet 2016

ISSN : 2306 - 5184

De la Communication pour le développement pour un usage positif du condom chez les professionnelles du sexe (PS) des zones minières du Centre-Nord de la Côte d'Ivoire

*Communication for development and positive use of condom by
professional women sex workers (PS) in North-Center mining areas
in Côte d'Ivoire*

40

Abibata DRAME¹

Maitre-assistante

Université Félix Houphouet-Boigny (Cote d'Ivoire)

drameo2015@gmail.com

¹DRAME Abibata est maitre-assistante à l'UFIR Information Communication et Arts de l'Université Félix Houphouet-Boigny. Elle est spécialiste en Communication pour le Changement Social et Comportemental. Elle intervient dans les domaines tels que : l'IEC/CCC (mobilisation sociale et communautaire, plaidoyer, counseling, causerie éducative...) et Genre et Développement. Elle est membre du Centre d'Etude et de Recherche en Communication (CERCOM).

Résumé

La lutte contre les IST/VIH/Sida ciblant les professionnelles du sexe a débuté en 1991 en Côte d'Ivoire, par la création du projet de prise en charge des femmes libres et de leurs partenaires au niveau du Programme National de Lutte contre le VIH/Sida (PNLS). En effet, le rôle des professionnelles du sexe a été mis en évidence par l'estimation de la prévalence de l'infection dans cette population. Cette prévalence était estimée à 40% en 1987, 68% en 1990 et 80% de 1992 à 1994. En 1992, la Clinique de Confiance (CdC), qui est une clinique pour les professionnelles du sexe et leurs partenaires a vu le jour à Abidjan avec la triple collaboration du gouvernement ivoirien, le Center for Diseases Control and Prevention d'Atlanta (CDC) et l'Institut de Médecine Tropical d'Anvers (IMT) a énormément contribué à la diminution de la prévalence de l'infection dans cette population clé. Cependant, la prévalence du VIH/Sida y reste toujours élevée, 28% (ONUSIDA 2012) surtout dans les zones minières. Cet article se propose de produire une stratégie de communication capable de pousser les professionnelles du sexe, des zones minières au port systématique du condom avant toute relation transactionnelle afin de réduire le taux de nouvelles infections au VIH/Sida en Côte d'Ivoire en se basant sur les 12 éléments de la Communication Stratégique.

41

Mots Clés : Lutte, Professionnelles Sexe, VIH/Sida, Zones Minières

Abstract

The fight against STI / HIV / AIDS targeting sex workers began in 1991 in Côte d'Ivoire, with the creation of management project of free women and their partners at the National Program of Fight against HIV /AIDS. Indeed the role of sex workers was highlighted by estimating the prevalence of infection in this population. This prevalence was estimated at 40% in 1987, 68% in 1990 and 80% from 1992 to 1994. In 1992, the Clinic of Confidante (CoC), which is a clinic for sex workers and their partners was created in Abidjan with the triple conjunction of the Ivorian government, the Center for diseases Control and Prevention in Atlanta (CDC) and the Tropical Medicine Institute in Antwerp (ITM) has greatly contributed to the decrease in the prevalence of infection in this key population. However, the prevalence of HIV / AIDS remains high, 28% (UNAIDS 2012), especially in mining areas. This article intends to produce a communication strategy capable to strengthen sex workers

using of condom at mining areas before any transactional relationship to reduce the rate of new infections of HIV / AIDS in Côte d'Ivoire. This strategy is based on the 12 element of strategic communication.

Keywords: Fight, HIV / AIDS, Mining Areas, Sex Worker

Introduction

Selon la définition mentionnée dans le document de référence du Ministère de la Santé et de la lutte contre le VIH/Sida de Cote d'Ivoire (MSLS/PMA 2007), la Professionnelle du Sexe (PS) est :

« Toute personne qui exerce le travail du sexe, c'est-à-dire toute personne qui a des rapports sexuels en échange de biens matériels ou d'argent ou encore toute personne acceptant délibérément des rapports sexuels avec une ou plusieurs personnes en échange de biens matériels ou d'argent ».

(MSLS/PMA 2007)

Il existe deux catégories de Professionnelles du Sexe (PS): Les femmes affichées qui font le métier et se reconnaissent comme telles et celles non affichées qui pratiquent le métier de manière discrète². Ce sont en général de jeunes femmes d'un niveau scolaire primaire. En effet, parmi elles, 54% ont moins de 25ans et 67% ont un niveau scolaire primaire (PLS-PHV-UNFPA, 2008). Elles sont en majorité ivoiriennes (81%), nigérianes (7%) et des ghanéennes (2%) (ENDA Santé 2014). Elles rencontrent leurs clients via internet : par les réseaux sociaux, les sites de rencontre... mais aussi dans les bars, les maquis, les hôtels, les rues, les marchés, certains domiciles et de plus en plus sur les sites miniers (Vuylsteke et al, 2010). Expliciter le contexte de cette étude s'avère indispensable pour l'identification et la formulation du problème de cette recherche.

43

1.- Contexte et position du problème

1.1.- Contexte

En 2015, la communauté mondiale a atteint les objectifs de lutte contre le sida du sixième Objectif du Millénaire pour le développement – enrayer et inverser la propagation de l'épidémie de sida. Grâce à ce résultat, un

²MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, PLS-PHV-PUMLS, ENSEA, Analyse des Connaissances, Attitudes et des Pratiques des Professionnelles du sexe dans dix-huit ville de Côte d'Ivoire, Abidjan : avril 2012.

objectif mondial de santé a été atteint et dépassé pour la toute première fois. À la mi-2015, près de 16 millions de personnes avaient accès au traitement antirétroviral, soit deux fois plus que cinq ans plus tôt.³ Mettre fin au sida à l'horizon 2030 est une composante à part entière des Objectifs de développement durable (ODD) unanimement adoptés par les États Membres des Nations Unies en 2015. Les enseignements tirés de la lutte contre le VIH joueront un rôle déterminant dans le succès de plusieurs ODD, en particulier l'ODD3 – vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être – et des objectifs d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes, de réduction des inégalités, de partenariats mondiaux et de sociétés justes, paisibles et inclusives.⁴

La réunion de haut niveau sur le sida du 8 au 10 juin 2016 au Siège de l'Organisation des Nations Unies (ONU) à New York a marqué un tournant dans la riposte mondiale au sida. Dans son rapport à l'Assemblée générale de l'ONU, le Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies (ONU), Ban Ki-Moon, a déclaré :

*"La fin de l'épidémie de sida est un élément crucial de l'accomplissement des Objectifs de développement durable. La Réunion de haut niveau 2016 sur la fin du sida peut contribuer à combler le fossé entre les besoins et les services et faire avancer nos efforts pour ne laisser personne de côté. "*⁵

Ainsi, les États membres de l'ONU ont pris plusieurs engagements dont l'un est de venir à bout de cette infection d'ici 2030. Il a été décidé pendant cette réunion d'accorder une attention particulière aux personnes les plus affectées par l'épidémie de sida dont les jeunes femmes et les filles, les enfants, les migrants et les populations clés, y compris les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports avec des hommes,

³ Bilan des résultats de la riposte contre le Sida évoqué lors de la réunion de haut niveau sur le Sida en juin 2016

⁴ Idem

⁵ Déclaration du Secrétaire Général de l'ONU lors de la réunion de haut niveau sur le Sida en juin 2016

les professionnel(le)s du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres et les personnes incarcérées. Ces populations doivent avoir accès à des services de prise en charge du VIH et de santé de qualité, exempts de stigmatisation et de discrimination⁶ Pour tenir ces engagements, les autorités ivoiriennes ont placé la lutte contre l'infection à VIH/Sida au centre de leurs préoccupations. A cet effet, plusieurs plans stratégiques nationaux de lutte contre la pandémie ont été élaborés.

Les derniers en cours d'élaboration sont le Plan Stratégique National (2015-2020) de lutte contre l'Infection à VIH, le Sida et les IST et la Stratégie de Communication pour le Changement de Comportement en matière de VIH/Sida en Côte d'Ivoire (2015-2018) en cours de validation dont l'objectif est d'inverser la tendance de la propagation du VIH et d'atténuer l'impact du sida sur la population ivoirienne en particulier les groupes hautement vulnérables, d'ici 2018. Malgré ces efforts et des résultats encourageants⁷, la Côte d'Ivoire demeure encore le pays le plus touché de la région ouest-africaine avec un taux de prévalence national de 3.7% (EDS/MICS 2011-2012). A cela, s'ajoute l'hétérogénéité et la sustentation de l'épidémie par des populations clés. Parmi ces personnes, les professionnelles du sexe demeurent les populations les plus atteintes avec un taux de 28.7% (EDS/MICS 2011-2012)⁸ soit une prévalence 7,2% fois plus importante que l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans. Aujourd'hui, avec le développement des activités minières, l'on observe une concentration de cette population dans ces zones ce qui pourrait encore augmenter le taux de nouvelle infection si cette population n'utilise

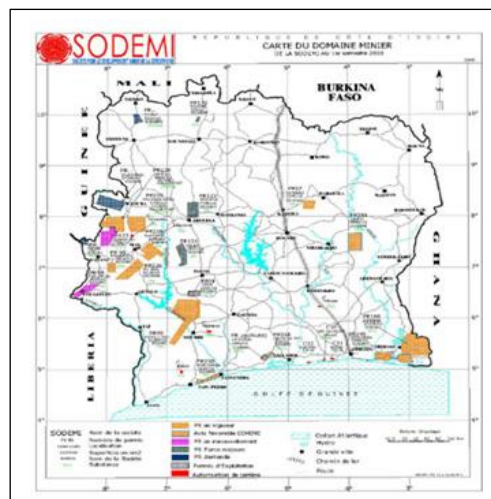
⁶ Plusieurs engagements ont été pris lors de cette réunion comme le recommandait Michel SIDIBE directeur exécutif de l'ONUSIDA « *Nous sommes à un moment charnière de l'histoire. Sur les cinq prochaines années, nous disposons d'une fenêtre fragile d'opportunité pour passer à la vitesse supérieure et donner un sérieux coup d'accélérateur à la riposte mondiale au VIH afin de mettre un terme à l'épidémie de Sida. Cette réunion sera essentielle pour exploiter la dynamique engagée depuis 2011 et obtenir un engagement mondial en vue de briser définitivement l'épidémie* ».

⁷ Selon les données de l'EDS-MICS le taux national de l'infection à VIH/Sida est passé de 4,7% en 2005 à 3,7% en 2012.

⁸ L'EDS-MICS 2011-2012 est un document présentant les résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé en Côte D'Ivoire (EDSIII) combinée à l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MSLS) en français et (MICS) en anglais.

pas systématiquement le condom lors de chaque rapport sexuel. En effet, certains facteurs sociaux ont déjà été identifiés (EDS-MICS, 2011-2012) comme favorisant le risque d'infection par le virus du Sida. Il s'agit de la migration, de la disparité de genre et notamment du plus corollaire, la prostitution. Ces facteurs se retrouvent tous réunies dans ces zones à forte activité économique. Cette étude se focalise sur la région du Centre-Nord, précisément les localités de Sakassou-Bouaké-Béoumi-Dabakala-Katiola-Botro. Ce choix se justifie par une concentration de zone minière dans cette région (voir carte) et aussi par le faite que la région du Centre-Nord a un taux de prévalence en croissance 4,4% alors que la moyenne nationale est de 3,7% (EDS-MICS 2011-2012).

Figure n°1 : Carte des régions minières de Côte d'Ivoire



(Source : Société de Développement Minière de Côte d'Ivoire, (SODEMI))

1.2. Les enjeux de la communication pour le développement sur l'usage du condom par les professionnelles du sexe des zones minières

Le Consensus de Rome lors du Congrès mondial sur la communication pour le développement a défini la communication pour le développement comme « (...) un processus social basé sur le dialogue et faisant appel à une gamme étendue d'outils et de méthodes. Elle vise aussi à susciter le changement à différents

niveaux, notamment par l’écoute, le développement de la confiance, le partage des connaissances et des compétences, l’élaboration de politiques, la discussion et l’apprentissage en vue de changements significatifs et durables. Elle se distingue complètement des relations publiques et de la communication des entreprises ».⁹

La communication pour le développement a des incidences sur le développement humain. Elle privilégie les systèmes et processus de communication qui permettent aux individus de délibérer et de s’exprimer sur les questions importantes pour leur bien-être. Les organisations des Nations Unies classent actuellement les pratiques de communication pour le développement en quatre tendances ou « filières » : la communication axée sur les changements comportementaux; la communication pour le changement social; la communication visant à promouvoir certaines idées et les activités visant à soutenir et renforcer un environnement médiatique et de communication favorable. Toutefois, elles reconnaissent que ces différentes approches se recoupent fortement. Cette recherche s’inscrit dans le champ de la communication axée sur les changements comportementaux. La communication axée sur les changements comportementaux est un « processus interactif pour le développement de messages et d’approches spécifiques utilisant divers canaux de communication dans le but d’encourager et de soutenir des comportements positifs adaptés »¹⁰. Cette méthode est sans doute la plus connue puisqu’elle a été utilisée très largement dans les programmes de développement depuis les années 50. Elle considère le changement social et le changement individuel comme les deux versants d’un même phénomène. Reposant à l’origine sur des programmes d’information, d’éducation et communication, elle a évolué de façon à promouvoir des messages mieux ciblés, favoriser le dialogue et

⁹ Assemblée Générale des Nations Unies, Réunion de Haut Niveau 2016 sur la fin du Sida, New York, 8–10 juin 2016

¹⁰ ONU, La communication pour le développement : Accroître l’efficacité des Nations Unies, ONU, New-York, 2010

l'appropriation commune des processus afin de viser certains résultats, notamment en matière de santé.¹¹

Ainsi, la communication pour le développement va servir dans le cadre de cet article à proposer une stratégie de communication adaptée aux professionnelles du sexe des sites miniers du centre-nord de la Côte d'Ivoire afin de les emmener à adopter des comportements sains donc, à leur apprendre à utiliser de manière correcte et systématique le condom avec tous leurs clients. Ces enjeux, commandent une définition précise de la problématique de ce travail de recherche.

1.3. Problématique

Le taux de prévalence VIH/Sida chez les Professionnelles du Sexe est de 28,7% alors que la moyenne nationale est de 3,7% (EDS-MICS, 2011-2012). Trois facteurs expliquent cette situation : les connaissances limitées des PS et leur attitudes et pratiques en matière lutte contre le VIH/Sida. Concernant les connaissances, il est indéniable aujourd'hui qu'au niveau national, 99,7 % des Professionnelles du Sexe ont déjà entendu parler du VIH/Sida et 28,4% parmi elles ont une connaissance complète sur le VIH/Sida (Conseil National de la lutte contre le Sida, 2012). 93% savent qu'il est possible de faire le test du VIH/Sida pour connaître son statut sérologique. Les symptômes d'Infections Sexuellement Transmissible (IST) les plus cités par cette population sont : les brûlures en urinant 44%, les pertes vaginales 40%, les démangeaisons 38% (CAP, PLS-PHV/ENSEA, 2012). Cependant, certaines PS ont encore des idées erronées sur les modes de transmission du VIH : 25% piqûres de moustique, 20% en partageant un repas avec une PVVIH et 37% la sorcellerie (CAP, PLS-PHV/ENSEA, 2012).

¹¹ Idem

Au sujet des perceptions des PS en matière de VIH, les données relèvent que 50% des PS estiment que l'utilisation du préservatif diminue le plaisir sexuel et pour 54% utiliser le préservatif signifie un manque de confiance à l'égard du partenaire. Selon 54% l'usage du condom féminin n'est pas aisé. Concernant les attitudes des PS envers les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH), 83% parmi elles sont prêtes à s'occuper d'un parent PVVIH. Par contre, 57% refuseront d'acheter un produit chez un vendeur PVVIH (CAP, PLS-PHV/ENSEA, 2012). Les PS ont une préférence pour les préservatifs masculins 92% au détriment du préservatif féminin 6%. Les PS qui savent qu'elles présentent un haut risque de contracter le VIH sont plus réticents à faire le test du VIH (ECAP INS 2011).

Concernant les pratiques des PS en matière d'utilisation du préservatif, en général à Abidjan, 86% des PS n'utilisent pas le condom avec leurs partenaires (ENDA 2014). 88% parmi les PS d'Abidjan affirment prendre l'initiative de l'utilisation du condom lors des rapports sexuels contre 8% par le client. (Enquête PS CAP/ENSEA/PUMLS/MSLS, 2012). Toujours à Abidjan, 61% des PS non affichées et 70% des PS affichées n'utilisent pas le condom avec leur partenaire stable mais 98% des PS affichées utilisent le condom avec leurs clients. Pour ce qui concerne l'ensemble des villes de l'intérieur du pays, 93% des PS affichées utilisent le préservatif avec les clients alors que seulement 43% des PS pour l'ensemble des villes utilisent de façon systématique le préservatif lors de rapports sexuels avec leur partenaire stable. (CAP, PLS-PHV/ENSEA, 2012). 60% parmi les PS n'utilisent pas le condom lors des rapports vaginaux et 75% lors des rapports anaux qui sont pourtant très à risques. 41,6% achètent les préservatifs, 9,7% les reçoivent gratuitement et 48,7% les achètent et les reçoivent parfois gratuitement (ENDA Santé 2014). De plus, 29% n'utilisent pas systématiquement le gel lubrifiant lors des rapports sexuels (CAP, PLS-PHV/ENSEA, 2012).

Concernant les pratiques de dépistage VIH/Sida, 27,7% des PS affirment l'avoir effectué 1 fois, 29,3% 2 fois, 17,6% 3 fois (Enquête PS CAP/ENSEA/PUMLS/MSLS, 2012). Concernant les pratiques de traitement des IST/VIH/Sida, 23,3% des PS ont peur d'accéder aux services de santé et de soins habituels (ENDA Santé 2014). Cependant, 36% acceptent de se rendre dans des centres de santé spécialisés pour le traitement des IST (CAP, PLS-PHV/ENSEA, 2012). Encore aujourd'hui, les études¹² démontrent clairement que le préservatif n'a pas encore véritablement intégré les habitudes et comportements des sujets PS. Les raisons de la non utilisation du préservatif par les PS sont principalement de deux ordres : La première raison est d'ordre pragmatique. Ainsi pour 89,1% des PS, le préservatif n'est pas nécessaire avec un partenaire sexuel non payant, 43,2% avec les partenaires réguliers et 32,7% avec les nouveaux clients afin de l'encourager à revenir (ENDA Santé 2014). La seconde raison de la non utilisation du préservatif par les PS est économique. En effet, lorsque le client propose une somme d'argent beaucoup plus élevé que le prix de la passe habituelle, de nombreuses PS, ont tendance à accepter les rapports sexuels non protégé : 66,8% avec les clients réguliers et 66,5% avec les nouveaux clients (ENDA Santé 2014).

A ces deux principales raisons s'ajoutent la fréquence de rapports sexuels non protégés avec le partenaire stable et la consommation de drogue. Concernant le premier point, 29,2% des PS affirment avoir en moyenne 2 rapports sexuels par semaine avec leur partenaire stable non payant. (CAP, PLS-PHV/ENSEA, 2012). Pour la consommation de drogue, 7% des PS affirment le faire (CAP, PLS-PHV/ENSEA, 2012), ce qui évidemment diminue leur capacité à pouvoir négocier le port du condom.

Leurs connaissances limitées et leurs perceptions, attitudes et pratiques à risques concernant l'utilisation des préservatifs favorisent une forte prévalence de l'infection à VIH/Sida chez les Professionnelles du sexe.

¹² Les résultats des différentes études évoquées dans cet article

Ainsi, tandis que la prévalence nationale de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire est de 3,7%, la prévalence de l'infection dans cette population est de 28,7% (EDS-MICS 2011-2012) et la région du Centre-Nord (précisément les localités de Sakassou-Bouaké-Béoumi-Dabakala-Katiola-Botro) qui ont une concentration de zone minière et une population élevée de Professionnelles de Sexe (1202 PS) (Vuylsteke et al, 2010) à la recherche de gain facile est une région avec un taux de prévalence en croissance : 4,4% (EDS-MICS 2011-2012). Quelques campagnes d'information et de sensibilisation sur les IST/SIDA et leurs méthodes de prévention ont été effectuées. Ainsi concernant l'utilisation des condoms, les PS reçoivent en moyenne 16 préservatifs par PS et par an à titre incitatif et sont encouragées et orientées vers les services de marketing social où elles peuvent s'approvisionner en préservatifs. Des dépliants leur ont été mis à leurs disposition par JHU/CCP ainsi que des cliniques mobiles afin de recevoir des conseils et des soins. Des agents communautaires ont été formés afin de diffuser les informations utiles aux PS accompagné d'un manuel appelé paquet minimum de services.¹³

51

Seulement, les Programmes existants n'offrent en moyenne que 16 préservatifs par PS et par an; tout supplément étant payant [un paquet de 4 préservatifs à 100 FCFA.

Les matériels IEC/CCC ne sont visibles que dans les cliniques et ne le sont que très peu dans les établissements où opèrent les PS. La disponibilité des kits de prise en charge des IST n'est pas régulière, bien que des préservatifs soient régulièrement mis à disposition des formations sanitaires publiques dans le cadre du Programme national de santé de la reproduction, il n'existe pas encore de mécanismes formels clairs permettant aux PS d'y accéder facilement¹⁴. Toutes ces données concernant les PS conduisent à la question principale de cette recherche : quelle

¹³ OMS, Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'infection du Sida et des autres IST ciblant les professionnelles du sexe et leurs partenaires en Côte d'Ivoire, 2008.

¹⁴ Idem

stratégie de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) capable, d'augmenter les connaissances des modes de transmission des IST/VIH/Sida, d'influencer les attitudes et pratiques des PS afin de les emmener à utiliser correctement et systématiquement les préservatifs lors de tous leurs rapports sexuels dans les zones minières ? Les questions opérationnelles étant : quelles sont les connaissances, attitudes et pratiques des PS concernant l'usage du condom dans les zones minières ? ; Quels sont les manquements des actions d'information et de sensibilisation déjà menées auprès de cette cible ? ; Quel projet de communication pour favoriser l'usage positif du condom par ces PS ?

2.- Objectifs de recherche

Les objectifs de cette étude sont : d'appréhender les facteurs (connaissances, attitudes et pratiques) impactant la prévalence élevée de l'infection à VIH/Sida chez les PS des régions minières du centre-nord de la Côte d'Ivoire; de déceler les insuffisances des campagnes d'informations et sensibilisations les ayant déjà ciblées et de proposer une stratégie de communication sous la forme d'un projet favorisant l'utilisation correcte et systématique du préservatif par les professionnelles du sexe dans les zones minières en Côte d'Ivoire .

3.- Hypothèses de recherche

Cette étude part des hypothèses selon lesquelles : les Professionnelles du Sexe n'utilisent pas toutes systématiquement le condom parce qu'elles n'ont pas de connaissances approfondies sur le VIH/Sida ; certains facteurs et comportements à risques provoquent la non utilisation du condom par ces PS enfin, des recommandations stratégiques peuvent impacter positivement le comportement des PS favorisant l'utilisation du condom. Après avoir énoncé les hypothèses, quelle est la méthodologie qui soutient cette recherche ?

4. Méthodologie

Il s'agit spécifiquement d'une analyse de contenu de plusieurs documents concernant le travail de recherche. L'étude documentaire renvoie à toute source de renseignement existant à laquelle le chercheur peut avoir accès. Ainsi, l'article s'appuie sur l'analyse de contenu de plusieurs résultats d'enquêtes et d'études dont : l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de la Côte d'Ivoire, 2011-2012 ; l'Analyse des Connaissances, Attitudes et des Pratiques des Professionnelles du Sexe dans dix-huit villes de Côte d'Ivoire, 2012 ; l'Étude de la prévalence, de la prévention, et de la prise en charge du VIH chez les populations clés en Côte d'Ivoire, Professionnelles du Sexe du district d'Abidjan ; Rapport-IBBS-FM-PNLS-ENDA-JHU, 2014 ; l'Analyse de la situation de l'offre de services de prévention et de la prise en charge des IST/VIH/Sida dans la Région des Lagunes, 2010 ; le Plan Stratégique National de Lutte contre l'infection à VIH, le Sida et les IST, 2011-2015, République de Côte d'Ivoire et le Rapport sur le Paquet Minimum d'Activités des structures de prévention et de prise en charge des IST/VIH/Sida en direction des Professionnelles du Sexe 2007.

4.1.- Instruments de collecte de données

La grille de lecture est l'instrument utilisée dans cette recherche. Elle consiste à l'élaboration de fiches de lecture comprenant les éléments suivants : l'auteur ou les auteurs des ouvrages, l'intitulé de l'ouvrage, l'information recueillie, la référence de l'ouvrage et la date de lecture. Elle a permis dans le travail de classer et d'ordonner les prises de note d'une part et de trier ou sélectionner les informations utiles à l'étude.

4.2.- L'étude qualitative

Le but de la recherche qualitative est d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. L'analyse de contenu a eu précisément pour but de mettre en évidence les connaissances, attitudes et pratiques des Professionnelles du Sexe travaillant en Côte d'Ivoire en général et dans les régions minières en particulier, d'étudier leurs motivations profondes dans le but de mettre à jour les variables qui influencent leurs attitudes et leurs comportements et de déceler les attitudes ou les motivations sur lesquelles il est possible d'exercer une influence afin de faciliter la proposition de recommandations visant à l'utilisation systématique et correct du condom par toutes les Professionnelles du sexe de ces zones minières. Quels sont les résultats obtenus après cette analyse de contenu ?

5.- Les résultats

L'analyse des différents rapports d'enquêtes et d'études précités donne les résultats suivants :

5.1.- Une prévalence nationale élevée de l'infection

La prévalence nationale de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire est de 3,7% selon L'EDSCI-III 2012. Les femmes sont beaucoup plus touchées que les hommes avec une séroprévalence respective de 4,6% contre 2,7%. La prévalence reste légèrement plus élevée en milieu urbain / (4 %) qu'en milieu rural (3 %). La répartition géographique de la prévalence est inégale sur l'ensemble du territoire. La ville d'Abidjan (5,1 %), le Centre-Nord (4,4 %), le Sud-Ouest (4,3%) et le Centre-Est (4 %) et l'Ouest (4 %) sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés. A l'opposé, dans les autres régions, les prévalences sont inférieures à la moyenne nationale (3,7%). Les régions Centre-Nord, Nord-Ouest, Ouest et Sud-Ouest ont connu une augmentation de la prévalence du VIH, alors que le reste du pays a connu une baisse comparée à l'EIS de 2005.

Une étude transversale conduite en 2007-2009 par Family Health International (FHI) parmi les PS visitant les centres de soins a montré que la prévalence du VIH est de 27% dans cette population, allant de 11% à Gagnoa jusqu'à 44% à San Pedro. Dans la même étude, l'utilisation systématique des préservatifs avec les clients est rapportée par 73% des PS, tandis que l'utilisation systématique des préservatifs avec les partenaires stables est de 26%. Une analyse situationnelle du Ministère de la Lutte contre le Sida en 2008 (MLS 2008) estimait le nombre de Professionnelles du Sexe en Côte d'Ivoire à 11 334. Des méthodes de capture-recapture¹⁵ (2008 et 2009) ont permis d'obtenir une estimation plus réaliste dans 5 des grandes villes, ce qui amène le total de PS à 14 813. La moitié des PS se trouvent à Abidjan (7887 PS), suivi par San Pedro (1916 PS), Bouaké (1202 PS) et Yamoussoukro (1160 PS) (Vuylsteke et al, 2010). Ces chiffres sont probablement une forte sous-estimation du nombre réel vu que qu'aujourd'hui le taux de prévalence du VIH dans cette population est de 28.7% (EDS/MICS 2011-2012).

5.2.- Les facteurs explicatifs

La prévalence élevée à l'infection VIH chez les PS est due à de nombreux facteurs.

a.- Une connaissance des risques de transmission du VIH encore limitées

En matière de connaissances sur le VIH/sida pour la population en générale, l'EDSCI rapporte que la quasi-totalité des femmes (94%) et des hommes (98%) ont entendu parler du VIH/sida. Parmi les femmes, 60% savent que le préservatif est un moyen de prévention du VIH/sida. Cette

¹⁵ La méthode capture- recapture sert à décrire l'état d'une population.

proportion est de 80% chez les hommes. Par ailleurs, 52,1% des femmes contre 42,3% des hommes savent que le VIH peut être transmis en allaitant et le risque de Transmission Mère Entant (TME) peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère pendant la grossesse. Les résultats de l'EDSCI-III indiquent seulement que 14% des femmes et 25% des hommes ont une connaissance « approfondie » du sida. (EDS-MICS 2011-2012). 71,6% des Professionnelles du Sexe n'ont pas une connaissance complète du VIH/Sida (Analyse CAP, PLS-PHV ENSEA, avril 2012). Les facteurs de risque de transmission du VIH par voie sexuelle sont mal connus par les PS. En effet, 48,5 % citent le rapport sexuel par voie vaginale comme étant le plus à risque et seules 5,1 % savent que le rapport sexuel par voie anal est le plus à risque d'infection du VIH. Concernant le gel lubrifiant, 34,6 % des PS savent que le gel lubrifiant à base d'eau est le lubrifiant le plus sûr à utiliser avec un préservatif lors des rapports sexuels (Rapport-IBBS-FM-PNLS-ENDA-JHU 2014). Presque toutes les PS (99,1 %) savent que l'on peut être infecté par le VIH en partageant une seringue utilisée pour s'injecter de la drogue, mais 12,5 % d'entre elles ont déjà partagé une seringue pour des injections au cours des 12 derniers mois. Cependant, 1,5 % des PS utilisent des drogues par voie injectables (Rapport-IBBS-FM-PNLS-ENDA-JHU 2014).

b.- Des comportements à risque persistants

Une enquête Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) conduite en 2011 auprès des Professionnels du sexe femmes et hommes par l'ENSEA dans douze villes du pays a révélé que l'utilisation systématique du préservatif n'est pas toujours effective. Environ 7% des PS femmes ont affirmé n'avoir pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Seulement 43% des Professionnelles du Sexe ont affirmé avoir utilisé un préservatif avec leur partenaire non payant lors du dernier rapport sexuel. Si des professionnelles du sexe affirment être capables de refuser des

relations sans préservatif, elles sont dans une proportion infime à pouvoir résister lorsque le montant proposé par le client est très élevé. Seulement une proportion de 29% parmi elles déclare être capable de refuser des rapports sexuels, aussi élevé que soit le montant proposé. On note qu'une proportion de 62% est dans l'incapacité de refuser. (Analyse CAP des PS dans 18 villes de Côte d'Ivoire, PLS-PHV/PUMLS/ENSEA ; avril 2012)

c.- Un accès difficile au préservatif et aux lubrifiants

L'accès aux préservatifs est difficile pour seulement 8,2 % des PS du district d'Abidjan. 9,7% reçoivent gratuitement des préservatifs pendant qu'un peu moins de la moitié 43,4 % les achètent. 47,5 % s'approvisionnent auprès des organisations communautaires et des centres de santé publique (Rapport-IBBS-FM-PNLS-ENDA-JHU 2014). 89,6 % des PS utilisent le préservatif avec leurs nouveaux clients lors du dernier rapport sexuel par voie vaginale ou anale pendant que seules 14,8 % l'utilisent avec les partenaires non payants. L'accès aux gels lubrifiants est jugé difficile par 30,3 % des PS et 36,1 % parmi elles ne l'ont jamais utilisé. De plus, seulement 29,3 % utilisent le gel lubrifiant à base d'eau. Les autres produits utilisés à défaut du gel lubrifiant à base d'eau sont les crèmes hydratantes (11,8 %), la vaseline (11,7 %) et la salive (6,7 %). (Rapport-IBBS-FM-PNLS-ENDA-JHU 2014)

d.- Une implication économique

La principale raison évoquée concernant la non utilisation des préservatifs avec les clients (nouveaux ou réguliers), est la proposition faite par le client de déboursier une somme plus importante que celle fixée initialement pour le rapport sexuel (66,8 % pour le client régulier et 68,5 % pour le nouveau client). Pour le partenaire non payant, 89,1% des PS estiment que l'utilisation du préservatif n'est pas nécessaire. (Rapport-IBBS-FM-PNLS-ENDA-JHU 2014)

e.- Une négociation du condom pas toujours facile

La négociation du port du préservatif, diffère selon le type de client, avec les nouveaux clients (82,6 %) et les clients réguliers (81,1 %), elle est plus facile. Cependant, cela devient nettement plus difficile avec les partenaires non payant, car seules 25,7 % des PS trouvent sa négociation facile. (Rapport-IBBS-FM-PNLS-ENDA-JHU 2014)

f.- Une mobilité croissante

Les professionnels du sexe sont mobiles, se déplacent constamment d'une localité à une autre et dans une même localité d'un site à un autre. (PLS-PHV/PUMLS/ENSEA 2012). Et cela pour plusieurs raisons. La première raison est essentiellement économique. En effet, plus une PS demeure longtemps dans un site, moins elle a de clients ; ceux-ci pour la plupart préfèrent la fréquentation de nouvelles partenaires. De plus, les PS fréquentent les lieux où elles sont susceptibles de se faire le maximum de ressources matérielles et financières possible. La seconde raison est la peur de se faire démasquer pour celles qui ne sont pas affichées.

58

g.- Une paupérisation des populations cibles

Cela a été déjà énoncé dans l'introduction, les Professionnelles du Sexe sont en général de jeunes femmes d'un niveau primaire. En effet, parmi elles, 54% ont moins de 25ans et 67% ont un niveau primaire (PLS-PHV-UNFPA, 2008). Les PS affichées ont en moyenne 2,4 clients par journée d'activité et ont un peu plus de clients que les PS non affichées. Le coût moyen de la passe est de 3000F CFA. Les montants pratiqués par les PS non affichées sont plus élevées que ceux qu'acceptent les PS affichées leurs coûts moyens de la passe vont de 4112 F CFA à 7151 F CFA (PLS-PHV/PUMLS/ENSEA 2012).

5.3.- De l'analyse des forces et des faiblesses de la lutte contre le VIH/Sida et ses conséquences sur les usages du condom par les Professionnelles du Sexe

a.- Les forces et conséquences

La lutte contre le VIH/Sida en Côte d'Ivoire bénéficie de plusieurs atouts. Plusieurs structures œuvrent dans le domaine du VIH/Sida telle que le Ministère de Lutte contre le SIDA et d'un Conseil National de Lutte contre le SIDA dirigé par le Président de la République ; Le Programme National de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PNPEC) en charge de la lutte contre le VIH dans le secteur de la santé et le Programme de lutte contre le VIH/SIDA chez les populations hautement vulnérables (PLS-PHV mis en place en 2008) qui assurent une coordination institutionnelle conjointe de la lutte contre le VIH-SIDA chez les populations hautement vulnérables en général et les PS et leurs partenaires en particulier. Les Comités de lutte contre le VIH-SIDA progressivement installés à divers niveaux et les cellules techniques d'appui aux initiatives locales ('CTAIL') sont susceptibles de relayer la coordination des activités de prévention et de lutte au niveau périphérique. D'où, l'existence d'un cadre et de mécanismes de coordination des partenaires au développement.

Aujourd'hui, le Gouvernement Ivoirien et l'ensemble de ses partenaires considèrent le VIH-Sida à la fois comme une urgence et une priorité de santé publique; mais aussi et surtout l'important rôle joué par les PS dans la dynamique de transmission du VIH et des IST au sein de la population comme une préoccupation majeure. Depuis 2004 par ailleurs, le FHI apporte un appui technique aux services de prévention et de prise en charge des IST et du VIH-SIDA chez les PS essentiellement de sexe

féminin et, dans une moindre mesure, aux PS mâles et aux transsexuels. Financé par le PEPFAR, ce Projet couvre un total de 13 sites.

L'utilisation des préservatifs par les Professionnelles du Sexe avec les clients est de 88% (PS CAP ENSEA/PUMLS/MSLS, 2012). 98% des PS affichées à Abidjan et 93% des PS affichées à l'intérieur du pays utilisent le préservatif avec leurs clients. (PS CAP ENSEA/PUMLS/MSLS, 2012). Ces résultats sont encourageants et confirmeraient que les messages de sensibilisation parviennent effectivement aux Professionnelles du Sexe. Mais des efforts restent à faire parce que ces données indiquent aussi que les rapports sexuels contractés par les PS ne sont pas systématiquement protégés.

b.- Les faiblesses et conséquences

La lutte contre le VIH/Sida n'est pas exempte d'obstacles et de faiblesses vu la difficulté de la tâche. Les districts sanitaires et les formations sanitaires publiques ne sont pas impliqués (ou ne le sont que faiblement) dans la planification et le monitoring de la mise en œuvre des interventions ciblant les PS et leurs partenaires. Actuellement, la quasi-totalité des services est mise en œuvre en dehors des structures sanitaires publiques. Le Paquet national Minimum d'Activités / de services en faveur des PS n'est pas encore intégré dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) du District sanitaire, entité opérationnelle du système national de santé. Par ailleurs, ce PMA n'est pas appliqué de manière uniforme par les différents acteurs.

On note l'absence d'une Politique nationale susceptible de favoriser et de soutenir une utilisation importante de préservatifs chez les PS. Les directives nationales IST révisées incluant les algorithmes de prise en charge des PS ayant des rapports sexuels par voie orale et anale n'ont pas été disséminés. A toutes ces difficultés s'ajoutent : les conditions de vie précaire dans lesquelles évoluent les PS ; Le refus des PS de se rendre dans

les centres IST et du dépistage; L'inconstance dans l'utilisation des préservatifs avec les clients ou partenaires réguliers ; Le refus de subir le test de dépistage volontaire du VIH du fait de la stigmatisation et le niveau primaire de la majorité des travailleuses du sexe : 67% (PLS-PHV-UNFPA, 2008).

En plus, 18% des PS n'utilisent pas systématiquement le condom avec leurs clients. 57% n'utilisent pas systématiquement le condom avec leur partenaire stable (mari / petit-ami) (PS CAP ENSEA/PUMLS/MSLS, 2012). Et 61% des PS non affichées à Abidjan n'utilisent pas le condom avec leur partenaire stable (Analyse CAP des PS dans 18 villes de Côte d'Ivoire, PLS-PHV/PUMLS/ENSEA ; avril 2012). Dans la région du Centre-Nord (Sakassou-Bouaké-Béoumi-Dabakala-Katiola-Botro), la cible est constituée de PS dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans. En effet, dans cette partie du pays, beaucoup de jeunes filles s'adonnent à cette pratique dès leurs jeunes âges pour pouvoir survenir à leurs besoins. Aussi, note-t-on une persistance des comportements à risque chez ces jeunes de 15-24 ans. Ces tendances sont confirmées dans l'Enquête Connaissances, Attitudes et Pratiques (ECAP) réalisée en 2011 par l'Institut National de Statistique (INS) dans quatre (04) régions du pays (Lagunes, Sud Comoé, Savanes, Montagnes). Sur l'ensemble des jeunes de 10-24 ans interrogés, plus de la moitié (55,5%) ont déjà eu des rapports sexuels. Près de cinq jeunes sur dix (46,7%) ont eu leur premier rapport sexuel entre 18 et 20 ans et 18,9% ont eu leur premier rapport avant l'âge de 15 ans. Quelles recommandations après ces résultats ?

6.- Les recommandations stratégiques

6.1.- La proposition d'un projet de mise en œuvre d'un projet favorisant l'utilisation systématique et correct du condom par les Professionnelles du Sexe

Le projet consiste en la mise en place de services adaptés (SA) pour les Professionnelles du sexe (PS) et leurs partenaires sexuels masculins en

arrimage avec les activités d'appui communautaire et en tenant compte des préoccupations de genre. Dans ces SA, les services de soins de santé primaires les plus complets possibles seront fournis à la ou aux clientes, dans une ambiance respectueuse et exempte de toute stigmatisation, à peu de frais, dans la discrétion et la confidentialité. La pénétration de la population cible s'initiera à travers des rencontres - collaborations avec les personnes ressources influentes du milieu prostitutionnel, identifiés avec l'appui des chefs des collectivités locales de la zone minière dont la collaboration primordiale aura aidé au *mapping* des sites de prostitution et des PS. La réussite du projet dépendra largement du degré d'implication de la cible et des personnes influentes (propriétaires des maisons closes par exemple) dans les activités et du degré d'arrimage entre les activités d'appui communautaire et l'offre de services de prise en charge clinique non stigmatisant qui fortifiera les liens de confiance.

L'implication des forces de l'ordre sera nécessaire à travers des ateliers de sensibilisation des autorités policières sur la situation épidémiologique du pays et le rôle des populations clés dans la dynamique de transmission. Il est important de signaler que les points focaux des ministères de la Santé et de l'Intérieur doivent participer à ces ateliers et avaliser les résultats des travaux de ces ateliers. La collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida et des différents Partenaires Techniques et Financiers sera opérationnalisée par la responsabilisation des structures décentralisées du PNLS/Ministère de la Santé des différentes zones d'intervention dans la mise en œuvre et le suivi des activités sur le terrain.

6.2. La gestion du projet

La mise en œuvre du projet impliquera 6 coordinateurs, 12 animatrices communautaires, 3 superviseurs techniques, 3 superviseurs internes et 24 paires éducatrices. Les animatrices et animateurs feront une tournée de

supervision mensuelle pour superviser les intervenants terrain. Le but de la supervision étant d'améliorer les prestations des paires éducatrices et des superviseurs. Le but du projet est de contribuer aux efforts entrepris par le programme national de lutte contre le SIDA et les IST en encourageant l'adoption de comportements sexuels sains et « responsables » chez les Professionnelles du Sexe (PS) âgés de 15-24 ans dans les zones minières du centre-nord. De manière spécifique, le projet vise à : Accroître la dissémination d'informations adaptées aux populations cibles sur les IST/SIDA et leurs méthodes de prévention ; Accroître de manière substantielle la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs masculins et féminins ; Réduire au sein des PS, les comportements sexuels à risque de contamination IST/VIH. Le projet se déroulera sur une période de 6 mois

6.3. Les activités

Afin d'atteindre ces objectifs, un certain nombre d'activités sont définies dans le cadre du projet. Il s'agit de la formation de paires éducatrices, de l'organisation d'interventions éducatives et d'information, de distribution et vente de préservatifs, et enfin de référence vers les centres de prise en charge des IST et de CDVA.

6.4.- La sélection des paires éducatrices

La sélection des paires éducatrices sera faite en intégrant deux approches complémentaires.

La première est une approche participative et consiste à demander aux bénéficiaires directes de l'intervention de choisir en leur sein les personnes qu'elles accepteraient comme éducatrices. La seconde approche est une approche sélective qui implique les animatrices qui sont des membres du ministère de la santé décentralisé ou des ONG partenaires dans la zone. Durant les entretiens et les discussions avec les personnes proposées par les bénéficiaires, les animateurs identifient celles qui sont aptes à jouer le

rôle de paires éducatrices en se basant sur des qualités comme la capacité de compréhension, d'apprentissage et d'assimilation, la capacité à tisser des relations sociales, la capacité de conduire et orienter des discussions, etc. La dernière étape consiste à avoir le consentement des travailleuses du sexe identifiées pour servir comme paires éducatrices. Ces dernières seront par la suite formées pour devenir des paires éducatrices.

6.5- La formation des paires éducatrices

Il est question d'élaborer un curriculum de formation en collaboration avec le ministère de la santé ou avec d'autres partenaires intéressés par le projet. La formation sera renforcée par d'autres documents et approches tels que le manuel de formation de pairs éducateurs développé par les différents partenaires. La formation sera basée sur la méthode participative intégrant des jeux éducatifs, des exercices pratiques et des enseignements théoriques. L'aspect pratique sera le plus développé car les paires éducatrices à former sont en majorité de niveau d'instruction primaire. La formation sera basée sur l'amélioration de leurs connaissances sur les IST/VIH/Sida et sur les différentes techniques de communication. Elle visera à leur donner des aptitudes à motiver leurs paires pour se protéger en utilisant les préservatifs, leur montrer comment utiliser les préservatifs et les amener à utiliser les services de santé en matière de prise en charge des IST et les centres de dépistage du VIH.

6.6.- L'éducation des paires éducatrices

A la fin de la formation, les paires éducatrices élaboreront un plan de travail. Le plan prévoira 2 causeries éducatives et 4 entretiens-conseils par semaine. Les causeries éducatives sont des activités de communication pour le changement de comportements en groupe de 15 personnes en moyenne. A l'inverse, les entretiens-conseils sont des activités individuelles. Au cours de ces activités, les paires éducatrices informeront

leurs paires sur les IST/VIH/Sida (voies de transmission, moyens de prévention, traitements), les centres de références et les services disponibles, et les astuces de négociation du port du condom avec les clients. Elles feront également des démonstrations du port du condom masculin et du condom féminin.

Les paires éducatrices seront supervisées par 2 catégories de superviseurs : des superviseuses internes aux travailleuses de sexe et les superviseurs externes appelés superviseurs techniques. Les superviseuses internes sont des travailleuses de sexe qui ont acquises une solide expérience de la paire éducation du fait de nombreuses années de pratique. Les superviseurs techniques sont des agents de santé issus des centres de santé de référence pour la prise en charge des IST. Ceux-ci effectueront des visites de supervision sur les sites prostitutionnels 2 fois dans le mois. Chaque superviseur technique supervisera environ 5 paires éducatrices. Un matériel sera mis à la disposition des paires éducatrices. Le matériel des paires éducatrices, appelé « kit CCC », sera composé de prospectus, d'un mannequin de démonstration d'un pénis en bois, de condom, de spermicides, de boîtes à images, etc. Ce matériel sera disponible au niveau la superviseuse interne auprès de laquelle les paires éducatrices pourront s'approvisionner

6.7.- La distribution et vente de préservatifs

Les préservatifs seront fournis par le ministère de la santé ou les partenaires qui les livrent à la structure en charge du projet. Un accord sera de rigueur entre les deux structures de sorte que le délai de péremption des préservatifs livrés ne soit pas inférieur à 3 mois. Au niveau de la structure en question, un système sera mis en place qui permettra de faire une dotation initiale aux paires éducatrices et qui leur permettrait de se réapprovisionner. Une fois les préservatifs livrés, l'équipe de gestion du projet confectionnera des paquets en fonction des sites et du nombre des

pairs éducateurs sur chaque site. Les paquets sont ensuite pré positionnés au niveau des superviseurs techniques des paires éducatrices qui ensuite ravitaillent les paires éducatrices qu'ils supervisent. Le prix d'achat du préservatif à l'ONG AIMAS¹⁶ devra subir une petite majoration de l'ordre de 40% à 50% pour motiver les paires éducatrices, les superviseurs et couvrir les frais de transport lors de la distribution. A titre indicatif, si le préservatif féminin est payé à 60 francs CFA au niveau de AIMAS, il sera vendu sur le terrain à 100 francs CFA l'unité. Après la vente du premier lot de condoms, les paires éducatrices se réapprovisionneront auprès des superviseurs techniques. Le délai de péremption sera vérifié lors des visites de supervision et si la date de péremption est dépassée, les condoms seront systématiquement retirés du circuit.

6.1.1.- Référence des travailleuses du sexe vers les centres de prise en charge des IST et les Centre de Conseil et Dépistage (CD)

Lors des entretien-conseils, les paires éducatrices feront de la recherche active des manifestations d'IST chez leurs paires. Elles contrôleront le check-up mensuel et sensibiliseront les PS pour qu'elles effectuent leurs check-up ou à faire le dépistage volontaire du VIH. En fonction des anomalies constatées, les travailleuses de sexe seront référées aux centres de santé pour prise en charge d'une IST ou pour un check-up de routine et aux centres de Conseil et Dépistage (CD) pour le dépistage VIH. Un ticket de référence sera alors remis à la PS référée qui le présentera à la paire éducatrice basée au niveau du centre de référence. Celle-ci recevra les PS référées et les introduira auprès des agents de santé. En appui aux activités de référence des Paires éducatrices, il est souhaitable qu'une clinique mobile conduite par un médecin volontaire de la structure visite régulièrement les sites de prostitution de la zone minière pour apporter des soins et faire le suivi médical aux PS qui refusent ou qui ne peuvent

¹⁶ AIMAS : Agence Ivoirienne de Marketing Social

pas aller au centre adapté. Un suivi adapté de ces activités est nécessaires pour leur fonctionnement correct et pour anticiper d'éventuels problèmes en réorientant les activités. Il facilite également l'évaluation du projet.

6.7.2- Les indicateurs de suivi-évaluation

Les indicateurs suivants vont être utilisés pour évaluer les activités du projet : Le nombre de travailleuses de sexe informées sur les modes de transmission, le nombre de PS qui utilisent correctement et systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels ; le nombre de PS qui négocient le port de préservatif avec le client ; le nombre de PS qui perçoivent leur risque personnel de contracter le VIH/SIDA et le nombre de PS qui font régulièrement leur suivi médical.

6.7.3.- Les outils de suivi-évaluation

67

Les outils pour faire le suivi et l'évaluation du projet seront: les fiches de rapport mensuel ; la fiche de gestion de matériel et de stock de condom ; le plan de travail mensuel de la paire éducatrice et du superviseur et des fiches de supervision des paires éducatrices et des superviseurs des professionnelles du sexe.

Conclusion

Cette étude partait des hypothèses selon lesquelles : les Professionnelles du Sexe n'utilisent pas toutes systématiquement le condom parce qu'elles n'ont pas de connaissances approfondies sur le VIH/Sida ; certains facteurs et comportements à risques provoquent la non utilisation du condom par ces PS enfin, des recommandations stratégiques peuvent impacter positivement le comportement des PS favorisant l'utilisation du condom. A la lumière de notre analyse toutes ces hypothèses sont confirmées vu que : seulement 28,4% ont une connaissance approfondie.

Pour 89,1% des PS le préservatif n'est pas nécessaire avec un partenaire sexuel non payant, 43,2% avec les partenaires réguliers et 32,7% avec les nouveaux clients afin de l'encourager à revenir (ENDA Santé 2014). La non utilisation du préservatif par les PS, est également d'ordre économique. En effet, lorsque le client propose une somme d'argent beaucoup plus élevé que le prix de la passe habituelle de nombreuses PS, ont tendance à accepter les rapports sexuels non protégé : 66,8% avec les clients réguliers et 66,5% avec les nouveaux clients (ENDA Santé 2014). La proposition de projet de Communication pour le Changement de Comportement pourrait permettre l'apprentissage de comportement conduisant à l'usage systématique du condom par les PS avec tous leurs partenaires (clients et partenaires stables). L'utilisation systématique et correct du condom est la méthode de prévention la plus adaptée et la plus efficace pour les professionnelles du Sexe, capable de diminuer le nombre de nouvelles infections par voie sexuelles en Côte d'Ivoire en général et dans les zones minières en particulier.

Bibliographie

Aids Control and Prevention (Aids cap) project (2002). *Behavior change: A Summary of four major theories*. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/behres/bcr4theo.html>
Consulté le 15/02/2016

Ajzen, I.; fishbein, M. (1980), *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall Inc.

Ackerman, J.M., Sandoval-Ballesteros, E. (2006), 'The Global Explosion of Freedom of Information Laws', *Washington: Administrative law review*, volume 58, number 1.

Bessette, G. (2004), *Communication et participation communautaire – Guide pratique de communication participative pour le développement*, Laval, Les Presses de l'Université Laval.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/Sida (2007), *Paquet Minimum d'Activités des structures de prévention et de la prise en charge des IST/VIH/Sida en direction des professionnelles du sexe*, Abidjan, MSLS.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/Sida, PLS-PHV-PUMLS(2010), *Manuel de référence pour la formation des agents communautaires, prévention des IST/VIH/Sida chez les professionnelles du sexe*, Abidjan, MSLS.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/SIDA, PLS-PHV-PUMLS(2010), Banque Mondiale, *Analyse de la situation de l'offre de services de prévention et de la prise en charge des IST/VIH/Sida dans la Région des Lagunes*, Abidjan, MSLS.

Ministère de la Santé et de la lutte contre le VIH/Sida(2005), *Enquête sur les Indicateurs du Sida (EIS)*, Abidjan, MSLS.

Ministère de la santé et de la lutte contre le VIH/Sida (2013), *Enquêtes Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de la Côte d'Ivoire 2011-2012*, Abidjan, INS.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/Sida, PLS-PHV-PUMLS, ENSEA (2012), *Analyse des Connaissances, Attitudes et des Pratiques des Professionnelles du sexe dans dix-huit ville de Côte d'Ivoire*, Abidjan, ENSEA.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/Sida, PLS-PHV-PUMLS (2014), *Étude de la prévalence, de la prévention, et de la prise en charge du VIH chez les populations clés en Côte d'Ivoire, professionnelles du sexe du district d'Abidjan*, Abidjan : Rapport-IBBS-FM-PNLS-ENDA-JHU.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/Sida (2011), *Plan Stratégique National de Lutte contre l'infection à VIH, le Sida et les IST 2011-2015*, Abidjan , MSLVIH

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/Sida, (2005) : *Stratégie de Communication pour le Changement de Comportement en matière de VIH/ Sida en Côte d'Ivoire 2005-2008*, Abidjan, INS.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/Sida, (Draft4 2015) : *Stratégie de Communication pour le Changement de Comportement en matière de VIH/ Sida en Côte d'Ivoire 2015-2018*, Abidjan, INS.

Ndack, Diop(2004), *Sida en zone minière : Le cas des ICS de Mboro (Région de Thiès, Sénégal)*, Mémoire de DEA, Université Cheikh Anta Diop.

N'da, P. (2007), *Méthodologie et guide pratique du mémoire de recherche et de la thèse de doctorat*, Abidjan : EDUCI.

OMS(2008), *Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'infection du Sida et des autres IST ciblant les professionnelles du sexe et leurs partenaires en Côte d'Ivoire*, Genève : OMS

OMS (2008), Prévention et prise en charge de l'infection du VIH/Sida et des autres IST ciblant les professionnelles du sexe et leurs partenaires en Côte d'Ivoire, Genève : *Rapport de la Mission Technique d'Appui*, OMS 15-17.

OMS, ONUSIDA (2015), *Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : Approches pratiques tirées d'interventions collaboratives*, Genève : OMS.

ONUSIDA (2013), *Rapport sur l'épidémie mondiale du Sida*, Genève, ONUSIDA

ONU (2016), *Rapport Réunion de Haut Niveau 2016 sur la fin du Sida*, New-York, ONU.

UNDP (2010), *La communication pour le développement : Accroître l'efficacité des Nations Unies*, New-York , UNDP.

USAID/PEPFAR/CCP(2014), *Analyse situationnelle pour le changement de comportement*, Abidjan, USAID.

Vuylsteke, B., ghys, P.D., Mah-Bi, G. (1997), *where do sex workers go for health care. A community based study in Abidjan, Côte d'Ivoire*, San Francisco: Trop Med Int Health, pp.351-352.

Vuylsteke, B, Das, A., Dallabetta G., Laga, M. (2008), *Preventing HIV among sex workers*, San Francisco: Mayer K, Pizer HF editors, HIV prevention Academic Press, pp. 376–406.

Vuylsteke, B., Semde, G., Sika, L. (2012), *HIV and STI prevalence among female sex workers in Côte d'Ivoire: why target prevention programs should be continued and strengthened*, San Francisco: Plos one, pp. 638-643.