



ÉTUDE BIOLOGIQUE ET COMPORTEMENTALE DES IST/VIH/SIDA CHEZ LES PROFESSIONNELLES DU SEXE DU DISTRICT D'ABIDJAN ET EXAMEN DES INTERVENTIONS EN DIRECTION DES POPULATIONS CLEFS EN CÔTE D'IVOIRE

Novembre 2014

Auteurs: Amara BAMBA, Elise GROVER, Rebecca EZOUATCHI, Marguerite THIAM-NIANGONIN, Erin PAPWORTH, Ashley GROSSO, Sosthenes KETENDE, Charles CANGE, Claire HOLAND, Jennifer SHERWOOD, Emily CRAWFORD, Cheikh Mbacké SENE, Fatou Maria DRAME, Daouda DIOUF, Stefan BARAL



REMERCIEMENTS

Cette recherche a été menée par le consortium Enda Santé - Johns Hopkins University (JHU) en collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida à travers le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS).

Ce travail a été financé par le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme à travers le projet de renforcement de la réponse nationale au VIH pour le passage à échelle de la prévention et de la prise en charge globale prenant en compte le genre et les populations clés à haut risque d'infection à VIH (R9/FM) sous la subvention No CIV-910-G12-H. Nous voudrions tout spécialement remercier Mme Sonia FLORISSE, Senior Fund Portfolio Manager – Côte d'Ivoire et Mme Joanna BARCZYK, spécialiste en suivi et évaluation.

Le PNLS a joué un rôle important dans la surveillance, la direction, la supervision et la validation des données, et nous sommes reconnaissants de l'incroyable engagement qu'il a montré dans la réalisation de ce projet. Nous voudrions remercier Dr Abo KOUAME, Directeur Coordinateur et Dr Marguerite THIAM-NIANGOIN, Chef du département Populations Clés pour leur précieux soutien et leur participation.

Nous tenons à remercier les femmes et les hommes qui ont embrassé ce projet de recherche et ont choisi de participer à cette étude. La grande mobilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et des professionnelles du sexe (PS) a assuré la réussite de toutes les activités de recherche. Sans le leadership de ces communautés, cette étude n'aurait pas été possible.

Nous remercions aussi à l'endroit du PEPFAR ainsi qu'aux organisations locales qui ont facilité la collecte de données (Alternative Côte d'Ivoire, Arc-en-ciel plus, ASAPSU, Blety, CEDRES, Espace Confiance, Fromager sida stop, Renaissance Santé Bouaké, Ruban Rouge, Secours Social).

Nous voudrions aussi remercier toutes les enquêtrices et tous les enquêteurs qui ont contribué à ce projet.

ACRONYMES

ARV	Antirétroviral (médicaments ou thérapie)
ASAPSU	Association pour l'autopromotion Sanitaire Urbaine
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CD4	Cluster of differentiation 4
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CFA	Communauté Financière Africaine (Franc de la)
CNER-CI	Comité National d'Ethique de la Recherche de Côte d'Ivoire
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
IC	Informateur Clé
INS	Institut National de la Statistique, Cote d'Ivoire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JHU	Johns Hopkins University
NSUM	Network Scale Up Method
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OR	Odds Ratio
PC	Populations Clefs
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PF	Planification Familiale
PS	Professionnelle du sexe
PSF	Professionnelle du sexe Femme
PPE	Prophylaxie Post-exposition
PTME	Prévention de la transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
RDS	Respondent Driven Sampling
RSB	Renaissance Santé Bouaké
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	II
ACRONYMES	III
TABLE DES MATIERES	IV
RESUME EXECUTIF	VIII
Introduction	viii
Méthodes	viii
Résultats	ix
Discussion	xi
Conclusion	xii
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	3
Objectif général.....	3
Objectifs spécifiques	3
METHODES.....	4
Méthodes Quantitatives	4
Respondent Driven Sampling (RDS) ou Échantillonnage fondé sur les Répondants (EFR).	4
Sélection de graines.....	4
Calcul de la taille de l'échantillon.....	4
Critères d'inclusion et considérations éthiques.	4
Collecte des données.....	5
Procédures de dépistage du VIH et de la syphilis	5
Estimation de la taille de la population.	5
Analyses	6
Méthodes Analytiques des estimations de taille de Population.....	7
Méthodes Qualitatives	7
Entretiens avec les Informateurs clés.....	7
Entretiens approfondi avec les HSH et les PS	7
Groupes de parole avec les HSH et les PS.....	8
Critères d'inclusion et considérations éthiques.	8
Analyses.....	9

Étude biologique et comportementale des IST/VIH/sida chez les professionnelles du sexe du district d'Abidjan et examen des interventions en direction des populations clefs en Côte d'Ivoire

Cartographie	10
RESULTATS	12
Professionnelles du sexe : Résultats quantitatifs	12
Recrutement des participantes	12
Estimation de la taille de la population de PS.....	13
Caractéristiques sociodémographiques.....	13
Exposition aux messages de prévention du VIH	13
Violences, stigmatisation et discrimination	13
Connaissance des facteurs de risque de transmission du VIH et utilisation des drogues.....	14
Préservatifs	14
Gels lubrifiants	14
Interactions avec les clients.....	15
Prévalence du VIH et des IST.....	15
Facteurs de risque associés à l'infection au VIH.....	15
Accès aux services de santé sexuelle et reproductive	16
Accès aux traitements ARV.....	16
Cohésion sociale	16
Professionnelles du sexe : Résultats qualitatifs	17
Initiation au travail du sexe	17
Impact des crises successives sur le travail du sexe	18
Violences	19
Stigmatisation et discrimination.....	21
Cohésion sociale	22
Freins à l'accès aux services de santé	23
Préservatifs et planification familiale	25
Sortie du travail du sexe	27
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	28
Caractéristiques sociodémographiques.....	28
Degré d'organisation et réseautage	30
Connaissances, attitudes et perception des HSH.....	33
Histoires sexuelles et pratiques préventives.....	39

Étude biologique et comportementale des IST/VIH/sida chez les professionnelles du sexe du district d'Abidjan et examen des interventions en direction des populations clefs en Côte d'Ivoire

Violences, stigmatisation et discrimination	43
Stigmatisation et discrimination	44
Pratiques de soins et itinéraires thérapeutiques.....	46
Accessibilité aux services de prise en charge des IST et du VIH/sida	47
Cartographie des services de santé.....	49
Cadre général	49
Vue d'ensemble.....	49
Évaluation des services de santé.	50
DISCUSSION.....	51
Professionnelles du sexe	51
Prévalence du VIH.....	51
Variables agissant sur la prévalence du VIH	52
Révélation du statut de PS et santé communautaire	53
Accès aux services de traitement du VIH et suppression virale	53
Expériences de violences	54
VIH, santé sexuelle et reproductive et intégration des services	54
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	55
Caractéristiques sociodémographiques.....	55
Stigmatisation perçue et vécue	55
Réseaux sociaux	55
Prévention, dépistage et connaissances sur le VIH.....	56
Violences	57
Accès aux services	57
CONCLUSION.....	58
RECOMMANDATIONS	59
Professionnelles du Sexe	59
Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes	60
REFERENCES	61
TABLEAUX	64
Tableau 1 : Causes de l'inéligibilité.....	64
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques	65
Tableau 3 : Exposition aux efforts de prévention.....	68

Étude biologique et comportementale des IST/VIH/sida chez les professionnelles du sexe du district d'Abidjan et examen des interventions en direction des populations clefs en Côte d'Ivoire

Tableau 4 : Violences, stigmatisation et discrimination.....	69
Tableau 5 : Connaissance des facteurs de risques de transmission du VIH et utilisation de la drogue	70
Tableau 6 : Accès aux préservatifs	71
Tableau 7 : Utilisation des préservatifs	72
Tableau 8 : Négociation du préservatif en fonction du type de client	73
Tableau 9 : Raisons de la non utilisation des préservatifs en fonction du type de client	74
Tableau 10 : Utilisation du gel lubrifiant	75
Tableau 11 : Interaction avec les clients	76
Tableau 12 : Prévalence du VIH et des IST	77
Tableau 13: Facteurs de risque à l'infection à VIH (Analyse bi variée).....	78
Tableau 14: Accès aux services de santé sexuelle et reproductive	80
Tableau 15 : Accès à la prise en charge ARV	81
Tableau 16 : Cohésion sociale	82
Tableau 17 : Type de service et les sources de financement pour les services identifié par les PS à Abidjan	83
Tableau 18 : Personnel des organisations ayant offert des services de santé aux PS et aux HSH	84
Tableau 19 : Utilisation des services à Abidjan.....	85
Tableau 20 : Services offerts.....	86
Tableau 21 : Distribution et disponibilité en préservatifs	88

RESUME EXECUTIF

Introduction

La Côte d'Ivoire est classée parmi les pays à épidémie mixte, avec une prévalence dans la population générale estimée à 3,7 % selon l'enquête démographique de santé 2012. Cependant, il existe des poches de concentration de fortes prévalences au sein de certaines populations plus exposées aux risques d'infection, notamment les professionnelles du sexe (28,7% ONUSIDA, 2012) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (18%, CDC, 2012).

Les risques accrus d'infection à VIH, les obstacles structurels rencontrés par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et des professionnelles du sexe (PS) et le fait qu'ils portent une part disproportionnée du fardeau de la maladie à VIH, souligne la nécessité d'avoir de plus amples informations sur leurs tailles ainsi que sur leur accès aux services de prévention, de traitement et de soins.

Aussi, pour répondre à l'absence de données et afin de soutenir la mise en œuvre de futurs programmes nationaux, le consortium Enda Santé-Johns Hopkins University a obtenu un financement du Fonds Mondial pour mener une recherche en direction des populations clés. Les résultats de cette recherche permettront d'orienter et de guider les interventions en leur direction.

Méthodes

Afin d'évaluer le niveau de l'épidémie chez les PS, de produire des données de référence épidémiologiques et d'élaborer des programmes de prévention du VIH spécifiques à Abidjan, un échantillonnage dirigé par répondants (RDS) a été utilisé. Le personnel de l'étude a pris en charge le processus de consentement éclairé avec les personnes dont l'éligibilité a été établie selon les lignes directrices nationales d'éthique. Les participantes ont répondu à un questionnaire structuré, ont été conseillées pour le dépistage du VIH et de la syphilis et ont subi un prélèvement de sang. Cette étude a été totalement anonyme et des codes dépersonnalisés ont été utilisés à tous les stades pour identifier les participantes.

La collecte de données qualitatives s'est faite au moyen d'entretiens avec des informateurs clés, de groupes de discussion et d'interviews en profondeur avec des PS afin d'obtenir des données contextuelles. Les personnes interrogées ainsi que les informateurs clés ont été recrutés par le personnel de l'étude. Des enquêteurs qualitatifs, formés, ont mené tous les interviews et groupes de discussion.

Différentes approches ont été utilisées pour l'estimation de la taille des professionnelles du sexe d'Abidjan. Ce sont : la méthode de l'objet unique ou « Unique Object multiplier », la méthode de la taille des réseaux ou « Wisdom of the Masses ». Le nombre de PS a été estimé en calculant la moyenne des estimations de la taille de la population obtenues par les différentes méthodes utilisées.

Pour obtenir des données contextuelles sur les sites de services et des HSH en Côte d'Ivoire, des entretiens semi-structurés ont été menés avec une variété d'informateurs clés ayant des liens importants avec la communauté des HSH et avec les structures offrant des services à cette communauté à Bouaké, Gagnoa, Grand-Bassam et Yamoussoukro. Les informateurs clés ont été identifiés par les organisations partenaires de la communauté.

En plus des entretiens avec les informateurs clés, des membres de la population d'étude ont été interrogés. Les participants ont été recrutés par le bouche-à-oreille. Les personnes admissibles ont été invitées à participer à un entretien semi-structuré sur le site de l'étude. Avant le début de l'entrevue, l'intervieweur a expliqué les objectifs de l'étude et a obtenu le consentement éclairé écrit. Aucune donnée d'identification personnelle n'a été enregistrée ou transcrite. Les guides d'entretiens stimulaient et orientaient la discussion. Ces guides portaient sur les expériences de vie et les pratiques générales des HSH, l'organisation et les réseaux de cette population, ses connaissances et ses pratiques en matière de prévention et de traitement du VIH et des IST, ainsi que ses expériences avec la stigmatisation et la discrimination. Les enregistrements audio ont été convertis en verbatim, par transcription. Les transcriptions ont été codifiées et les thèmes clés ont été présentés à travers des verbatim modèles.

Résultats

Professionnelles du Sexe

Le nombre estimé de PS à Abidjan est de 9 211 [95% IC : 7 240-13 061] et la prévalence du VIH est de 11,4% [95% IC: 7,2-15,6]. Environ 37,8% des PS du district d'Abidjan ont moins de 25 ans. Elles sont majoritairement de nationalité ivoirienne (78,2 %) et nigériane (20,9 %) avec un niveau d'instruction bas. La moitié des PS (50 %) n'ont pas atteint le niveau secondaire, parmi lesquelles 17,7 % n'ont pas été scolarisées.

Elles font face à des violences sexuelles (35,8 %) et physiques (47,9%). Ces violences sont le fait d'inconnus et des forces de l'ordre. Ainsi 24,8% des PS sont harcelées par la police et 12,9% d'entre elles évitent d'avoir des préservatifs sur elles en raison de la répression policière. En raison de la stigmatisation, peu de participantes interviewées avaient révélé leur profession aux membres de leur famille ou aux autres êtres chers. La révélation du statut de PS a été aussi indiquée comme un frein à l'accès au service de santé, car la majorité des participantes ne voulaient pas révéler leur statut de PS.

Les connaissances sur les risques de transmission du VIH sont limitées. Car seulement 5,1% des PS savent que le rapport sexuel par voie anale est le plus à risque d'infection du VIH et 34,6% savent que le gel lubrifiant à base d'eau est le lubrifiant le plus sûr à utiliser avec un préservatif lors des rapports sexuels.

L'utilisation des préservatifs avec les nouveaux clients est de 89,6% lors du dernier rapport sexuel par voie vaginale ou anale, pendant qu'elle baisse à 14,8% avec les partenaires non payants. De plus, les préservatifs ne paraissent pas nécessaires pour 89,1% des participantes lors de rapports sexuels avec le partenaire non payant. Quant au gel lubrifiant, 36,1% des PS ne l'ont pas encore utilisé et seulement 29,3% utilisent le gel lubrifiant à base d'eau. Plus de

la moitié des participantes acceptaient la proposition des clients de ne pas utiliser de préservatif lors des rapports sexuels contre un gain financier plus important.

La majorité des PS du district d'Abidjan (76,3%) ont déjà eu une grossesse non planifiée. Plus du tiers des PS (36,4%) ont eu cette grossesse avant l'âge de 18 ans. La pratique de l'avortement est courante parmi les PS. Elles sont 71% à l'avoir déjà fait. Les participantes ont le plus souvent fait cet avortement dans des cliniques privées (55,9%) ou à la maison (45,3%).

Bien que certaines participantes aient déclaré avoir fait le test de dépistage du VIH, la peur du résultat positif était le principal obstacle à sa réalisation. Elles hésitaient à visiter des centres de santé non seulement de peur de se sentir stigmatisées, mais aussi par crainte du résultat du dépistage du VIH. La stigmatisation des PVVIH/sida a été également donnée comme une raison pour laquelle elles ne voudraient pas faire le dépistage du VIH. Les insuffisances dans le rendu des résultats, et le coût des prestations constituent pour de nombreuses participantes un frein à l'accès aux services surtout au dépistage du VIH et à la prise en charge antirétrovirale.

Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

L'homosexualité est perçue par les HSH comme étant très fortement stigmatisée en Côte d'Ivoire. Aussi le désir de s'adapter aux normes sociétales a provoqué des sentiments de stigmatisation (perçue, vécue, auto stigmatisation). Les membres de la famille sont les principaux auteurs des expériences de stigmatisation. Cette stigmatisation est aussi perçue comme structurelle entraînant des violences policières.

La violence a été décrite comme une réalité quotidienne des HSH surtout pour ceux qui sont efféminés. La violence physique a lieu le plus souvent dans les lieux publics. Concernant la violence sexuelle, trois types d'abus sexuels ont été essentiellement notés: 1) le viol correctif (punir ou humilier l'homme), 2) le viol jouissif (satisfaire la libido de l'agresseur), et 3) l'abus toléré (expliqué comme étant souvent la première rencontre sexuelle avec un autre homme, et souvent effectué par des parents ou l'entourage).

Les HSH sont généralement bien informés sur le VIH. Néanmoins, des idées fausses persistent toujours au sein de la communauté comme la croyance que l'individu ne peut pas contracter le VIH par les rapports anaux. Le dépistage a été reconnu par la majorité des HSH comme une mesure de prévention, et ils sont nombreux à vouloir le faire. Trois obstacles majeurs au dépistage ont été signalés: la crainte d'un résultat positif, la peur de la divulgation du résultat et la peur de la stigmatisation par les pairs.

L'utilisation du préservatif a été la méthode de prévention la plus fréquemment citée, et les préservatifs ont été décrits comme accessibles et disponibles financièrement et physiquement, bien que leur accès soit parfois difficile pour ceux qui sont efféminés. Bien que les mesures préventives soient connues, les comportements sexuels à risques sont fréquents au sein de la communauté: le multi partenariat sexuel, la non utilisation du préservatif ou du gel lubrifiant, la pratique du commerce du sexe et la non utilisation des services de santé surtout quand la maladie

est liée aux pratiques sexuelles. Dans ces cas, les HSH optent pour la médecine traditionnelle ou l'automédication, de peur d'être stigmatisés dans les centres de santé. Accessoirement, des obstacles financiers tels que le manque de moyens pour les soins de santé, la dépendance financière vis-à-vis des parents (peur que ceux-ci ne se renseignent sur leur état de santé) restreignent l'accès aux services de santé.

Discussion

La dernière étude qui a estimé la prévalence du VIH parmi les PS femmes à Abidjan (données collectées en 2007) avait trouvé une prévalence du VIH de 26,6 % dans l'échantillon (Vuylsteke et al., 2012). Cette grande différence dans la prévalence du VIH chez les PSF pourrait s'expliquer par la différence entre les méthodes utilisées, les conséquences de la crise post-électorale et la période de collecte de données.

Les résultats de cette étude sont cohérents avec d'autres données de la région qui indiquent que les femmes âgées et les femmes qui ont été déjà mariées ont un risque plus élevé d'infection au VIH (Papworth et al., 2014).

Cette étude a permis de mettre en évidence que le faible niveau de connaissance des risques rimait avec un degré élevé de comportements sexuels à risques chez les PSF, en particulier pour celles vivant avec le VIH.

Seulement 14,8 % des femmes rapportaient utiliser le préservatif avec un partenaire non-payant. Cela est conforme aux autres littératures chez les PS qui montrent nettement la difficulté de la négociation du préservatif avec les partenaires non-payants (Layer et al., 2014; Wirtz et al., 2014). Ces résultats suggèrent qu'en termes de négociation et d'utilisation du préservatif, les relations sexuelles avec les partenaires non-payants comportent le plus de risque de contracter et de transmettre le VIH parmi les PS. Ceci a des implications importantes pour les stratégies et le marketing de la prévention du VIH qui doit prendre en compte le fait que les PS sont impliqués dans plusieurs types de relations, avec des besoins différents en matière de santé sexuelle et reproductive.

Il est impératif de réaliser l'objectif de la suppression virale communautaire en atteignant les personnes vivant avec le VIH qui ne savent pas leur statut par le dépistage, le diagnostic et le continuum des soins (Beyrer, Baral, et al., 2011). Les efforts pour comprendre l'accès des PS aux services de santé sont particulièrement pertinents afin que celles-ci ne portent pas une charge plus grande de la maladie comparativement à d'autres femmes, mais aussi pour réduire les barrières à l'accès aux services et aux soins du VIH.

Les résultats quantitatifs et qualitatifs de cette étude montrent que les PS sont l'objet de façon régulière de violences, qu'elles soient sexuelles, verbales ou physiques. Ces résultats mettent en évidence une grande vulnérabilité de cette population et un besoin important en matière de lutte contre les violences basées sur le genre.

Les constatations signalent un besoin non satisfait en services de planification familiale et aussi des implications pour la PTME, la santé maternelle et infantile en Côte d'Ivoire. L'intégration complète des services de santé sexuelle et reproductive, de santé maternelle et infantile dans le cadre de la prise en charge du VIH pourrait accroître l'engagement des femmes dans l'utilisation des services de santé, augmentant ainsi leurs chances de réaliser et de maintenir la suppression virale.

Concernant les HSH, le désir de s'adapter aux normes sociétales et les tentatives pour cacher leur orientation ont provoqué de la stigmatisation perçue et vécu, des anxiétés sociales et enfin l'auto stigmatisation. La mise en place de programmes plus vastes qui adressent le niveau structurel et communautaire de l'homophobie ou de la stigmatisation peut se justifier afin de sensibiliser la communauté au sens large dans l'acceptation de la diversité et des droits de l'homme.

L'élargissement des réseaux sociaux, la mise en place de soutien psychosocial et l'adoption de normes des soins de haute qualité pourraient augmenter le capital social des HSH en Côte d'Ivoire et servir à réduire les comportements à risques au niveau individuel dans la communauté.

Les perceptions autour des tests de dépistage du VIH au cours de cette étude sont encourageantes. Elles pourraient faciliter l'extension de la couverture en dépistage VIH parmi les HSH en Côte d'Ivoire. Le dépistage régulier du VIH chez les HSH est primordial vu les risques sexuels pris par les participants.

La compréhension précise du risque sexuel, des IST et l'adoption de comportements sexuels plus sûrs sont encore limitées. Ces résultats méritent une revue significative des programmes et leur couverture afin d'avoir une approche plus exhaustive de la prévention du VIH et favoriser le changement de comportement.

Le niveau de violence implique un besoin urgent à s'attaquer à la violence contre les HSH en Côte d'Ivoire. Le soutien psychosocial pour les victimes d'agressions sexuelles devrait être intégré aux programmes ciblant les HSH. Les programmes structurels tels que la formation des policiers pour répondre aux violences sexuelles est impératif pour assurer une meilleure protection de la communauté. Des campagnes contre la violence au niveau de la communauté avec pour but des changements idéologiques et comportementaux sont impératifs.

Conclusion

L'épidémiologie du VIH en Côte d'Ivoire montre qu'elle n'est pas très différente des autres pays d'Afrique de l'Ouest concernant les populations clés - ce sont les populations les plus fortement touchées par l'épidémie du VIH. Ce fait met en évidence l'importance de fournir aux PS et aux HSH des services complets de prévention de soins et de traitement du VIH « Tout inclus ». Des programmes ciblés et efficaces qui répondent non seulement aux questions de comportement, mais également aux facteurs de risque biologiques et structurels associés à l'acquisition et la transmission du VIH parmi les populations clés devraient être mis en œuvre pour réduire la propagation du VIH.

INTRODUCTION

A la fin de l'année 2012, 35,3 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, alors que le nombre des nouvelles infections avait diminué au cours des dix dernières années passant de 3,4 millions en 2001 à 2,3 millions en 2012. L'Afrique subsaharienne reste gravement touchée par l'épidémie. Elle concentraient 70 % de l'ensemble des nouvelles infections à VIH en 2012 (ONUSIDA, 2013). Dans la région Afrique de l'ouest et du centre, l'épidémie est plus concentrée dans les populations clés (PC), comme les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), en comparaison aux épidémies plus généralisées dans d'autres parties de l'Afrique (Beyrer, Walker, Johns, Sifakis, & Baral, 2011). En Ouganda, au Swaziland et en Zambie, 7 à 11 % des nouvelles infections seraient imputables aux travailleurs du sexe, à leurs clients et aux partenaires sexuels réguliers de ces derniers (Gouws & Cuchi, 2012). Dans la seule étude sur l'incidence du VIH en Afrique à ce jour, l'incidence du VIH parmi les HSH était annuellement de plus de 20 % à Mombasa au Kenya (Sanders et al., 2011).

Au niveau mondial, les professionnelles du sexe (PS) ont 13,5 fois plus de chance de vivre avec le VIH que les autres femmes (Baral et al., 2012). La prévalence médiane du VIH chez les PS varie d'une région à l'autre: 22 % en Afrique australe et orientale (huit pays), 17 % en Afrique centrale et occidentale (17 pays) et moins de 5 % dans toutes les autres régions (ONUSIDA, 2013). L'Afrique de l'ouest et du centre connaît une prévalence moyenne estimée à 34,9 % chez les PS avec des disparités au niveau des pays (ONUSIDA, 2013). Parmi les HSH, la prévalence du VIH est estimée à 19% en Afrique centrale et occidentale et à 15% en Afrique australe et orientale (ONUSIDA, 2013).

La Côte d'Ivoire, pays à épidémie mixte n'échappe pas à cette situation. En effet, avec une prévalence de la population générale estimée à 3,7 % selon l'EDS MICS 2012, il existe des poches de concentration de fortes prévalences au sein de certaines populations clés plus exposées aux risques d'infection, notamment 28% chez les PS (ONUSIDA, 2012) et 18% chez les HSH (étude SHARM, FHI 360, 2012).

Par ailleurs, la crise post-électorale ivoirienne a entraîné une entrée en prostitution estimée à 17 % due à la perte d'emplois, au déplacement massif des populations, à la perte des parents, à l'augmentation du coût de la vie (PUMLS, ENSEA, PLS-PHV, 2012) avec une bonne proportion de PS non affichées (60 %) et un niveau de connaissance mitigé du VIH (28 %). En outre, des obstacles importants, notamment la stigmatisation et la discrimination, l'environnement juridique et social défavorable sont autant de facteurs qui freinent l'accès aux services de prévention et de prise en charge des IST du VIH et du sida (ONUSIDA, 2006; Wade et al., 2010).

Ainsi, il est aujourd'hui primordial de s'attaquer aux risques de transmission du VIH chez les PC, mais aussi de traiter la question des facteurs structurels et environnementaux pour un meilleur accès aux services de santé de ces populations vulnérables.

Facteurs de risques biologiques et comportementaux chez les populations clés

Les risques accrus d'infection à VIH, les obstacles structurels rencontrés par les HSH et PS et le fait qu'ils portent une part disproportionnée du fardeau de la maladie à VIH souligne la nécessité d'avoir de plus amples informations sur leurs tailles en Côte d'Ivoire, ainsi que leur accès aux services de prévention, de traitement et de soins. Les risques individuels comportent des caractéristiques complexes par leurs aspects physiques, sociaux et comportementaux.

Pour les HSH, les risques tels que les rapports sexuels anaux réceptifs non protégés sont des risques contrôlables pouvant être réduits avec l'information, la prévention et l'accès à des services de santé individuels. Les risques individuels encourus par les HSH sont évidents en ce qui concerne l'acquisition des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et, en particulier dans le contexte de la pandémie du VIH dans les communautés HSH sur le plan mondial. De nouvelles données suggèrent que les risques de niveau individuel tels que le comportement sexuel ne peuvent pas expliquer entièrement la dynamique élevée de transmission lors de flambées de VIH dans les milieux HSH (Beyrer et al., 2012; Charlebois, Das, Porco, & Havlir, 2011). Ces recherches soutiennent que des paramètres incluant des causes au niveau du couple, ainsi que des causes biologiques et communautaires doivent être prises en compte pour comprendre comment les taux de transmission du VIH restent élevés dans cette sous-population (Beyrer et al., 2012). Au niveau individuel, cela signifie que les professionnels de la santé doivent d'une part veiller à connaître la totalité de l'histoire sexuelle des patients, et d'autre part, envisager d'enrôler leurs patients dans les programmes de thérapie Antirétrovirale à un stade précoce de la maladie. Ils devraient également promouvoir l'utilisation de lubrifiants et de préservatifs lors de chaque acte sexuel et s'assurer que leurs patients effectuent des contrôles sanguins préventifs à intervalles réguliers.

Pour les PS, le risque biologique associé au fait d'être les partenaires réceptifs lors d'un rapport sexuel, le niveau déclaré d'utilisation toujours faible de préservatifs avec des partenaires réguliers ou non payants, les taux accrus de violences sexuelles signalés à plusieurs reprises dans ces communautés et le nombre de rapports sexuels augmentent le risque individuel de contracter le VIH et d'autres IST (Baral et al., 2012). Comme pour la communauté HSH, certains de ces risques sont évitables et d'autres sont incontrôlables sur le plan individuel. La promotion du préservatif, l'usage de lubrifiant compatible avec le préservatif à chaque acte sexuel, le diagnostic précoce et le traitement du VIH et des autres IST, l'accès à la Prophylaxie Post Exposition (PPE) et les facteurs structurels liés à la violence sexuelle doivent être pris en considération lors de la programmation de la prévention du VIH pour les femmes qui vivent de la vente de services sexuels. De plus, la recherche indique que les services de santé sexuelle et reproductive, la prévention de la transmission mère- enfant du VIH (PTME) et les besoins en services de planification familiale de cette population ne peuvent être ignorés. Car une proportion substantielle des PS peut également être considérée comme étant des mères à risque élevé de transmission mère-enfant.

Cadre de travail et données existantes sur les populations clés en Côte d'Ivoire

Peu d'études ont documenté en Côte d'Ivoire les cas de violences faites aux PS et aux HSH. Cependant, les informations programmatiques font état d'abus de droits humains, de violences physiques et sexuelles. Pour une

prise en charge holistique à travers un paquet minimum adapté aux besoins des populations clés, les violences perpétrées contre les minorités sexuelles, la lutte contre la stigmatisation, la discrimination sont autant de facteurs structurels importants à prendre en compte pour des programmes efficaces.

Ainsi, dans le cadre du Round 9 du Fonds Mondial en Côte d'Ivoire pour répondre à l'absence de données et afin de soutenir la mise en œuvre de futurs programmes nationaux, Enda Santé et l'Université Johns Hopkins sont chargés de la mise en œuvre de recherches sur les populations clés. Les résultats de ces recherches permettront à la Côte d'Ivoire de renforcer la réponse nationale au VIH et au sida. En effet, les résultats de cette recherche permettront d'orienter et de guider les interventions en direction des populations clés.

C'est alors qu'une étude combinée d'évaluation biologique et socio-comportementale du VIH et de la syphilis a concerné les PS du district d'Abidjan et les HSH des villes de Bouaké, Gagnoa, Grand-Bassam, Yamoussoukro. Pour les PS du district d'Abidjan, une évaluation bio comportementale du VIH et de la syphilis, une estimation de la taille et une évaluation des services ont été réalisées. Pour les HSH des villes de Bouaké, Gagnoa, Grand-Bassam, Yamoussoukro, une évaluation des services de prévention et de prise en charge a été conduite. L'évaluation des services de prévention et de prise en charge ciblant les PS et les HSH a été complétée par une cartographie des services.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Objectif général

Générer des données factuelles relatives aux populations à haut risque d'infection par le VIH pour la planification de programmes de prévention, de soins et de soutien de qualité à travers une offre de service coût-efficace pour les populations clés.

Objectifs spécifiques

- Evaluer les services de prévention et de prise en charge du VIH à destination des populations clés, notamment les professionnelles du sexe (PS) à Abidjan et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) à Yamoussoukro, Bouaké, Grand Bassam et Gagnoa
- Conduire une évaluation biologique et socio-comportementale couplée à une estimation de la taille des PS à Abidjan
- Identifier les obstacles à l'utilisation des services par les populations clés dans les villes d'Abidjan, Bouaké, Gagnoa, Grand-Bassam et Yamoussoukro
- Produire une cartographie des interventions et des intervenants de lutte contre le sida en direction des professionnelles du sexe (PS) à Abidjan et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) à Yamoussoukro, Bouaké, Grand-Bassam et Gagnoa

METHODES

Méthodes Quantitatives

Respondent Driven Sampling (RDS) ou Échantillonnage fondé sur les Répondants (EFR).

Un échantillonnage fondé sur les répondants (EFR), a été utilisé pour recruter les sujets de l'étude dans la communauté PS de la ville d'Abidjan. Le RDS est une méthode de recrutement entre pairs conçue pour recueillir des données rigoureuses et représentatives des populations difficiles à atteindre (Heckathorn, 1997). Un petit échantillon de commodité de PS a été identifié et recruté. Ces premières participantes, appelées "graines" ont ensuite été invitées à recruter d'autres PS, à partir d'une série de chaîne de référence d'échantillonnage. Chaque participante a reçu un certain nombre de coupons de recrutement à distribuer aux participantes potentielles au sein de leur propre réseau. Cela a limité le nombre de personnes recrutées par chaque participante.

Sélection de graines

L'équipe de recherche a choisi des graines qui répondaient aux mêmes critères d'éligibilité (décrites ci-dessous) que les autres participantes, représentatives des divers groupes démographiques (âge, l'éducation, l'état matrimonial, la langue et le statut VIH), et qui étaient prêtes à promouvoir l'étude. Chaque graine s'est vu remettre trois coupons pour recruter d'autres participantes.

Calcul de la taille de l'échantillon.

La taille de l'échantillon a été déterminée en partant de l'hypothèse que les populations qui portent toujours des préservatifs ont une prévalence du VIH 75 % plus faible que les populations qui ne portent pas toujours des préservatifs. Bien que l'efficacité du préservatif soit estimée à environ 80 % (Weller & Davis, 2002), 73 % est considéré comme une sous-évaluation. La prévalence globale du VIH était estimée à 15 % dans cette population, la prévalence du VIH estimée à 19 % chez ceux qui ne portent pas toujours des préservatifs (~ 70 % de la population) et environ 5 % chez ceux qui ne portent toujours des préservatifs (~ 30 % de la population). Avec une puissance fixée à 80 % et un niveau de signification de 95 %, 450 participantes seraient nécessaires.

Critères d'inclusion et considérations éthiques.

Pour être admissible à participer au volet quantitatif de l'étude, les participantes potentielles devaient avoir au moins 18 ans, être capables de fournir un consentement éclairé, présenter un coupon valable, et avoir vécu en continu dans le district d'Abidjan sur les trois derniers mois au moins. Les PS étaient admissibles si elles étaient nées femmes et déclaraient avoir vécu de la prostitution dans les 12 derniers mois en tant que source de revenus.

Les participantes ont donné leur consentement éclairé écrit sur le site de l'étude. Si les participantes ne voulaient pas signer leurs noms, elles pouvaient laisser leur empreinte à la place. Les formulaires de consentement signés étaient stockés dans des armoires verrouillées dans des bureaux fermés et séparés des autres matériaux d'étude. Aucun nom n'était utilisé en lien avec les réponses à l'enquête ou les résultats des tests. Les participantes pouvaient choisir ou non de recevoir les résultats des tests du VIH et de la syphilis. Chaque participante a reçu 5 000 francs CFA, des

Étude biologique et comportementale des IST/VIH/sida chez les professionnelles du sexe du district d'Abidjan et examen des interventions en direction des populations clefs en Côte d'Ivoire

préservatifs masculins et féminins, et des documents d'information sur le VIH. Celles qui recrutaient d'autres participantes à l'étude ont également reçu 1 000 francs CFA par participante admissible recrutée.

L'étude a reçu l'approbation du comité institutionnel d'éthique de l'école de santé publique Johns Hopkins Bloomberg (JHU) pour les deux études de façon indépendante ainsi que l'approbation des autorités compétentes du pays, y compris le Comité national d'éthique de la recherche.

Des procédures ont été mises en place pour protéger les participantes contre les risques. Les enquêtes ont été conduites dans un cadre privé. Pour minimiser les risques physiques, la collecte des échantillons de sang a été effectuée par du personnel qualifié. Les risques psychologiques ont été minimisés en faisant suivre à l'ensemble du personnel, des cours de formation à l'éthique et à la sensibilisation aux besoins spécifiques des PS et des HSH. La confidentialité a été maintenue grâce à l'utilisation d'un identifiant personnel unique utilisé tout au long de l'étude plutôt que des noms réels, toutes les données électroniques étaient protégées par mots de passe, et les copies papier des données étaient stockées dans des placards verrouillés.

Collecte des données

Après avoir donné leur consentement éclairé, les participantes PS étaient interviewées en face-à-face dans une salle privée. Les participantes ont d'abord été interrogées sur leurs caractéristiques sociodémographiques, suivies par les questions liées à la stigmatisation et les violations des droits de l'homme, les facteurs de risque comportementaux de contracter le VIH, la santé mentale, le cercle social et des questions liées au genre ainsi que la santé reproductive. Les participantes qui présentaient des caractéristiques intéressantes étaient proposées pour un entretien individuel approfondi. La collecte de données se terminait par le dépistage de la syphilis et du VIH.

Procédures de dépistage du VIH et de la syphilis

Le conseil et le dépistage du VIH et de la syphilis ont été menés conformément aux directives nationales de dépistage par les tests rapides. Les méthodes de conseil et de dépistage volontaires pour le VIH ont été utilisées et comprenaient le dépistage et les tests de confirmation à l'aide de kits de tests rapides. Les échantillons de sang ont été prélevés par un technicien qualifié. Des codes propres à chaque participant, non identifiables ont été utilisés pour relier les résultats des enquêtes avec les résultats des tests ainsi que pour faciliter la mise à disposition des résultats des tests ainsi que la mise en place du traitement ou l'aiguillage vers les services appropriés. Les participantes qui ont choisi de recevoir leurs résultats pouvaient le faire sur place peu de temps après le test. Les participantes qui ont été testées positives pour la syphilis ont reçu un traitement gratuit sur le site d'étude. Les participantes qui ont été testées positives pour le VIH ont été orientées vers des centres de soins offrant la prise en charge antirétrovirale.

Estimation de la taille de la population.

Dans cette étude quatre approches ont été utilisées pour l'estimation de la taille des professionnelles du sexe d'Abidjan. Ce sont : la méthode de l'objet unique ou « Unique Object multiplier », la méthode de la taille des réseaux ou « Wisdom of the Masses », la méthode du service multiplicateur et la méthode du capture-recapture.

La méthode de l'objet unique ou « Unique Object Multiplier »

Elle a consisté à distribuer aux PS un objet unique (un porte-monnaie avec un cœur en cristal). Cette distribution a été faite par les éducatrices des pairs de Espace confiance et de Blety trois semaines avant le début de l'étude. Au cours de l'enquête quantitative, une question sur la réception de l'objet unique était posée. L'estimation de la taille a été calculée en multipliant la proportion de participantes à l'étude qui ont reçu l'objet par le nombre d'objets qui ont été distribués.

La méthode du «Wisdom of the Masses »

Cette méthode a consisté à demander aux participantes durant l'interview, le nombre approximatif des membres de leur communauté. La question suivante a été posée: « A combien estimez-vous le nombre de PS vivant dans la ville d'Abidjan? ».

La méthode capture-recapture

La méthode de capture-recapture a été utilisée pour une estimation de la taille de la population. Différents sites ont été visités dans les communes du district d'Abidjan. Les critères de sélection requis pour la sélection du lieu étaient d'avoir de 50 à 100 personnes présentes sur le site. Le nombre (n_1) de TDS présents sur le site, connu sous le nom de «capture», lors de la première visite a été enregistré. Le même personnel de l'étude est retourné sur le même site une semaine plus tard et a enregistré le nombre (n_2) de TDS présent à la deuxième visite, et ceux déjà rencontrés sur la première visite (r); connu sous le nom "recapture". La taille de la population TDS a été ensuite calculée en utilisant la formule: $N = [(n_1 * n_2) / r]$.

Méthodes du multiplicateur

La méthode du multiplicateur utilise la même formule mathématique que la méthode de l'objet unique, mais à la place des objets, les participantes étaient interrogées sur leur adhésion à une organisation communautaire (Blety) et l'utilisation des services médicaux de la clinique de confiance. Dans cette méthode p est l'estimation de la population, n_1 est le nombre de personnes qui ont utilisé ce service, n_2 est le nombre total de participantes à l'étude, et m est le nombre de participantes à l'étude qui ont utilisé ce service.

Analyses

Les différentes proportions ont été calculées en fonction de chaque variable (Schonlau & Liebau, 2012). La proportion de chaque variable était estimée en fonction du nombre de participantes ayant répondu à chaque question. Les estimations de proportion partant de ces chiffres ont été pondérées par RDS (Heckathorn, 1997). L'ajustement des estimations par RDS tente de répondre à deux biais potentiels du RDS: l'homophilie (la tendance des participantes à recruter des gens qui leur ressemblent) et la variation de la taille du réseau de différentes participantes. Les erreurs types ont été estimées en utilisant une méthode de bootstrap avec 1000 répétitions. Dans les tableaux de résultats, un trait d'union dans une cellule signifie que le pourcentage ne peut être calculé en raison de la taille de l'échantillon ou des renvois insérés dans l'enquête.

Méthodes Analytiques des estimations de taille de Population

Les estimations de taille de la population de PS du district d'Abidjan, après exclusion des réponses qui étaient inférieures à la taille de l'échantillon, sont présentées dans les résultats. Plusieurs techniques ont été utilisées pour l'estimation de la taille de la population de PS à Abidjan en raison des limites propres à chaque méthode. La moyenne des estimations de la taille de la population est utilisée pour le rapport afin de répondre aux limites de chaque méthode prise séparément. Ensuite, cette estimation du nombre de PS dans la ville a été utilisée pour estimer le pourcentage de la population PS dans la ville en utilisant la base de données de recensement international Américaine de 2012 comme dénominateur.

Méthodes Qualitatives

Entretiens avec les Informateurs clés.

Des entretiens semi- structurés ont été menés avec une variété d'informateurs clés ayant des liens importants avec les communautés PS et HSH et avec les services afférents à ces populations à Abidjan, Bouaké, Gagnoa, Grand-Bassam et Yamoussoukro, y compris les personnes qui servent ces communautés au sein de programmes de prévention du VIH ; ou travaillant pour d'autres organismes touchant les HSH ou les PS. Les informateurs clés ont été identifiés par les organisations partenaires de la communauté. L'équipe d'enquêteurs a pris contact avec les informateurs clés identifiés et leur a présentés les objectifs de l'étude. Si ces informateurs clés étaient intéressés à participer à l'étude, les enquêteurs ont pris rendez-vous avec eux pour un entretien.

Des entretiens semi-structurés ont été menés dans un lieu convenu entre l'intervieweur et l'interviewé, en tenant compte de la confidentialité et de la sécurité de ces derniers. Avant le début de l'entrevue, l'intervieweur a expliqué les objectifs de l'étude et a obtenu par écrit le consentement éclairé du participant. Chaque participant a été interrogé une fois. Tous les entretiens ont été menés dans la langue parlée par les participant(e)s (français ou anglais) et ont duré environ une heure.

Des guides sous forme de questions portant sur cette recherche, permettaient de stimuler la conversation. On a demandé aux informateurs clés de décrire la situation des populations à risques appartenant à leurs communautés, de parler de leur connaissance des services de soins de VIH disponibles ainsi que des services visant spécifiquement les HSH et les PS, et enfin, on leur a demandé leur point de vue sur la façon dont ces services pourraient être améliorés afin de mieux répondre aux besoins de ces populations

Entretiens approfondi avec les HSH et les PS

En plus des entretiens avec des informateurs clés, des membres des populations d'étude ont été interrogés. Les participants ont été recrutés par le bouche- à-oreille (HSH) ou ont été identifiés comme participantes potentielles aux entretiens qualitatifs au moment où elles ont participé à la composante quantitative de l'étude (PS).

Les personnes admissibles ont été invitées à participer à un entretien semi-structuré sur le site d'étude. Avant le début de l'entrevue, l'intervieweur a expliqué les objectifs de l'étude et a obtenu le consentement éclairé écrit. Aucune donnée d'identification personnelle n'a été enregistrée avec le fichier audio ou la transcription. Tous les

entretiens ont été menés dans la langue parlée par le participant et ont duré environ 90 minutes. Les guides d'entretiens orientaient la discussion et stimulaient la conversation sur des sujets d'intérêt. Ces guides portaient sur les expériences de vie et les pratiques générales des PS et HSH, l'organisation et les réseaux de ces populations, leurs connaissances et leurs pratiques en matière de prévention et de traitement du VIH et des IST, ainsi que leurs expériences avec la stigmatisation et la discrimination. Des guides concernant l'historique de la qualité de vie ont également été développés pour une utilisation alternative avec les HSH. Ces guides ont été conçus pour permettre aux enquêteurs d'évaluer les risques pour la santé et les expériences sociales pendant les grands événements de la vie des HSH.

Groupes de parole avec les HSH et les PS.

Des groupes de discussion ont été menés séparément avec les PS et les HSH. Les participants ont été identifiés de la même manière que les participants aux entretiens approfondis. Toutefois, les personnes ayant participé à un entretien individuel n'étaient pas admises à participer à un groupe de discussion, de même que ceux qui avaient participé à un groupe de discussion n'étaient pas admis à participer à un entretien individuel.

Les personnes admissibles étaient invitées à participer à un groupe de discussion sur le site d'étude. Avant le début du groupe de discussion, un membre du personnel expliquait les objectifs de l'étude et obtenait le consentement éclairé individuel de chaque participant. Les groupes de discussion ont été menés dans la langue parlée par les participants de ce groupe et ont duré environ 90 minutes.

Les guides de discussion dirigeaient la discussion de groupe et stimulaient la conversation sur des sujets d'intérêt. Les guides couvraient des sujets similaires à ceux couverts par les guides d'entretien individuels.

Critères d'inclusion et considérations éthiques.

Pour être admissible à participer au volet qualitatif de l'étude, les participants potentiels devaient avoir au moins 18 ans et être capable de fournir un consentement éclairé, et avoir vécu à Abidjan, Bouaké, Gagnoa, Grand-Bassam et Yamoussoukro au cours des trois derniers mois au moins.

- Les PS étaient admissibles si elles étaient nées femmes et avaient pratiqué la prostitution dans les 12 derniers mois comme source de revenus.
- Les HSH étaient admissibles s'ils étaient nés de sexe masculin et avaient rapporté avoir eu un rapport sexuel anal avec un autre homme au moins une fois au cours des 12 derniers mois.
- Les informateurs clés étaient admissibles s'ils avaient une connaissance approfondie et une relation privilégiée avec les communautés PS ou HSH.

Les participants ont donné leur consentement éclairé écrit selon les procédures du Comité national d'éthique sur les sites de l'étude administrés par un personnel qualifié. Si les participants ne souhaitaient pas signer, ils pouvaient laisser une marque personnelle (par exemple une croix ou une empreinte) à la place. Les formulaires de consentement signés ont été stockés dans des armoires verrouillées dans des bureaux fermés séparés des autres matériaux de l'étude. Aucun nom n'a été lié aux fichiers audio ou aux transcriptions.

À des fins de planification uniquement, les membres de l'équipe de l'étude ont pris les numéros de téléphone des participants potentiellement éligibles et intéressés par les entrevues et les groupes de discussion. Cette information n'a été utilisée que pour planifier des entrevues ou des groupes de discussion, et n'a pas été reliée aux fichiers audio ou aux transcriptions. Tous les participants avaient la possibilité de refuser de fournir leur prénom et leur numéro de téléphone.

Tous les identifiants qui avaient été recueillis pour la planification ont été détruits lorsque le participant avait fini son entretien ou à sa discussion de groupe. Pour s'assurer de la confidentialité lors de l'appel des participants, les membres de l'équipe d'étude ont été formés à ne pas laisser de messages écrits ou vocaux lorsqu'ils appelaient le numéro de téléphone du participant et de rappeler ultérieurement, si le participant n'était pas disponible. Le membre de l'équipe d'étude devait s'assurer qu'il s'adressait bien au participant avant de discuter du rendez-vous prévu, et avait été formé pour ne pas mentionner des détails pouvant indiquer la participation de l'individu à l'étude ni son identité en tant que PS ou HSH. Les enquêteurs et les participants ont également convenu de questions secrètes pour vérifier leur identité au téléphone. Aucune information concernant l'étude autre que la date ou l'heure, n'a été fournie par téléphone, à moins que le participant n'ait des questions générales d'ordre qualitatif.

Chaque participant à un entretien ou à un groupe de discussion, a reçu 5 000 CFA, des préservatifs masculins et féminins, et des documents d'information contre le VIH. Les informateurs clés n'ont pas été dédommagés.

Des procédures ont été mises en place pour protéger les participants contre les risques. Les entrevues et groupes de discussion ont été organisés dans un cadre privé. Les risques psychologiques ont été minimisés en fournissant pour l'ensemble du personnel des cours de formation à l'éthique. La confidentialité sur les fichiers audio et les transcriptions a été maintenue grâce à l'utilisation d'un identifiant individuel plutôt que les prénoms réels, la protection de toutes les données électroniques a été assurée par des mots de passe, et le stockage des copies papier des données s'effectuait dans des placards verrouillés.

Analyses.

Les entretiens qualitatifs ont permis d'obtenir trois types de données que sont:

- Les enregistrements audio des entretiens ;
- Les transcriptions des entretiens,
- Les matrices de codification

Les enregistrements audio ont été convertis en verbatim, par le moyen de la transcription (Notation des unités phoniques du langage au moyen de symboles et de signes graphiques conventionnels). Les fichiers Audio ainsi transcrits ont donné naissance à 236 fichiers Word pour les HSH, et 58 fichiers Word pour les PS. Ces entretiens recueillis en verbatim ont servi de base à l'analyse qualitative. L'exercice a consisté à former des corpus de texte à partir des synthèses des entretiens avec les participants. Il s'agit notamment de :

- L'analyse de la situation socio-économique et de son influence à la fois sur les relations sexuelles et les réseaux d'individus, ainsi que leur capacité à accéder aux services de santé.
- L'évaluation des obstacles aux services de santé qui comprend l'auto-stigmatisation, la stigmatisation ressentie de la part de la population et des fournisseurs de services de santé.

- Connaissances, perception et attitude face aux IST/VIH/SIDA
- Les pratiques et comportements sexuels à risque
- Les obstacles aux soins de santé
- La dynamique communautaire
- La santé mentale et l'utilisation de drogue et d'alcool.
- Les expériences de violences de stigmatisation et de discrimination.

Pour les données PS, Un échantillon des transcriptions a été examiné afin de déterminer les thèmes principaux. Ensuite, ces thèmes ont été utilisés comme codes parmi un échantillon plus large de transcriptions. Les codes se sont appuyés sur les thèmes majeurs, et sur d'autres thèmes qui ont émergé des transcriptions. Tous les textes codés ont fait l'objet d'une fusion, puis une analyse plus approfondie a été réalisée. Ensuite, les thèmes clés ont été présentés à travers des verbatim modèles.

Pour les données HSH, une analyse de contenus a été effectuée avec pour objectif l'interprétation des contenus des textes, c'est-à-dire que l'on détermine l'importance de fond des déclarations, sans que le matériel soit réduit à des déclarations quantifiables. A travers ce processus, trois objectifs distincts étaient poursuivis : résumer, expliquer et structurer. L'objectif du résumé était de condenser les matériaux d'entretien afin de faire ressortir les différents éléments abordés par les participants. A partir de l'explication, il s'agissait pour nous d'interpréter les informations consignées dans les verbatim afin de les rendre plus pertinents au vu du contexte ou du thème auquel ils se rapportaient. L'objectif de la structuration était de faire la catégorisation des différents éléments, puis de faire apparaître les liens entre ces divers éléments du matériel en question. Le matériel ou texte codifié ont également été restitué dans leur contexte narratif pour s'assurer de la validité de l'analyse.

Cartographie

Les enquêteurs, au cours des différents entretiens de collecte de données qualitatives, ont dressé avec les participants une liste de centres de santé, d'organisations, de services et de groupes communautaires qui travaillent avec les HSH, les PS et ou les personnes vivant avec le VIH ou d'autres organismes offrant des activités de prévention du VIH. Ces informations ont ensuite été vérifiées par une enquête sur site. L'enquête sur site s'est aidée d'un questionnaire administré au cours d'un entretien au sein des structures mentionnées par les PS et les HSH. De manière complémentaire à ce dispositif de collecte et d'analyse, une spatialisation des informations portant sur les services de santé et de prise en charge médicale ainsi que sur les sites de travail de sexe et/ou de fréquentation des PS et des HSH a été mis en place.

Les informations spatiales déjà disponibles dans les phases antérieures de cette recherche ou les rapports de recherches antérieures (analyse de documents et de données saisies) ont été collectées au cours de la revue de la littérature. Les informations primaires manquantes sur la localisation ponctuelle (GPS) ou surfacique d'informations spatiales (compléments d'informations à partir d'interviews) ont été collectées avec l'aide des associations. Les fonds de cartes ont été finalisés à partir de sources institutionnelles nationales, de sources électroniques (web), etc. Les points GPS ont été projetés à partir de logiciels tels que Basemap ou Mobile Atlas Creator (Mobac). Des cartes de

localisation et des cartes thématiques ont été réalisées à partir de logiciels tels qu'Arview ou Philcarto. L'analyse des observations cartographiées a été prolongée par une analyse spatiale, qui a permis de mettre en évidence l'existence ou non de relation entre les phénomènes décrit et leur localisation (effet de contexte).

RESULTATS

Professionnelles du sexe : Résultats quantitatifs

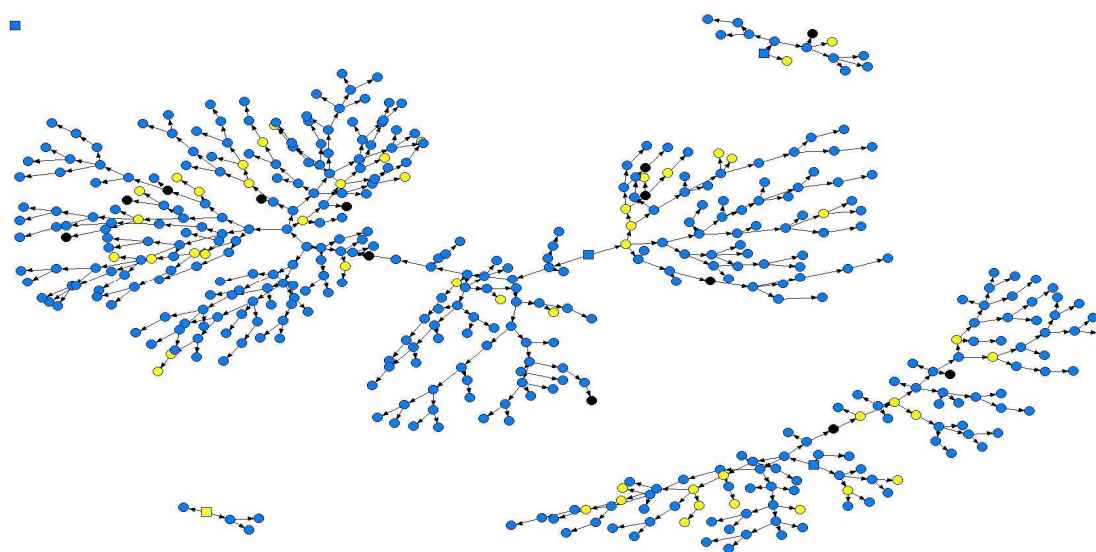
Recrutement des participantes

La collecte de données quantitatives a débuté le 18 Mars 2014 avec trois (03) graines. Au cours de la collecte, deux (02) autres graines ont été introduites afin de booster le recrutement et toucher de nouveaux types de PS. La collecte s'est achevée le 28 juin 2014 et a permis de recruter 593 participantes dont 127 inéligibles et 466 éligibles.

La figure ci-dessous montre la chaîne de recrutement au cours de l'étude. Parmi les participantes inéligibles, près de la moitié (44,9 %) n'était pas des PS et près du quart (23,6 %) était des mineures.

Chaque participante éligible s'entretenait dans une pièce fermée avec une enquêtrice après obtention de son consentement éclairé et finissait le circuit par le dépistage du VIH et de la syphilis. Douze (12) participantes ont refusé de se faire dépister pour le VIH. Toutes les participantes dépistées positives (50) ont été référées vers le centre de prise en charge de leur choix. Les participantes positives au test de dépistage de la syphilis ont reçu la prise en charge médicale recommandée sur place.

Figure I : Représentation graphique des chaînes de recrutement



Légende

- | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| ■ Graine séronégative | ■ Graine séropositive | ● Participante séronégative |
| ● Participante séropositive | ● Participante ayant refusée de faire le test de dépistage du VIH | |

Estimation de la taille de la population de PS

Plusieurs techniques ont été utilisées pour l'estimation de la taille de la population de PS à Abidjan en raison des limites propres à chaque méthode. La moyenne des estimations de la taille de la population est utilisée pour ce rapport afin de répondre aux limites de chaque méthode prise séparément. L'estimation finale est basée sur les résultats de la méthode l'objet unique, de la méthode du service multiplicateur, et de la méthode capture-recapture. La méthode « wisdom of the masses » a été exclue en raison des intervalles de confiance trop larges qui ont rendu cette méthode invalide.

Le pourcentage estimé de PS chez les femmes âgées de 15 à 49 ans dans le district d'Abidjan a été calculé à partir de plusieurs méthodes. La moyenne des estimations était de **0.78** [95 % IC : 0.61-1.10]. La population estimée des femmes en âge de procréer de la ville d'Abidjan étant de 1 186 548 personnes.

Le nombre de femmes âgées de 15-49 ans ayant principalement pour source de revenu le travail du sexe dans le district d'Abidjan est estimé à **9 211** [95 % IC : 7,240-13,061].

Caractéristiques sociodémographiques

Environ 37,8 % des PS du district d'Abidjan ont moins de 25 ans. Elles sont majoritairement de nationalité ivoirienne (78,2 %) et nigériane (20,9 %). Pour le niveau d'instruction, la moitié des PS (50 %) n'a pas atteint le niveau secondaire, et 17,7 % n'a pas été scolarisées. Une proportion importante (72,2 %) des PS est célibataire pendant que 6,6 % d'entre elles sont mariées. Les PS sont essentiellement sans emploi (72,8 %) ou exercent dans le secteur informel (19,2 %).

Les PS vivant avec le VIH qui ont participé à cette étude, avaient au moins 30 ans (72 %), étaient de nationalité ivoirienne (90 %), n'avaient pas terminé leur cycle primaire (64 %), et étaient célibataires (54 %).

Exposition aux messages de prévention du VIH

La majorité des PS (84,3 %) a reçu des informations sur la prévention du VIH au cours des 12 derniers mois. La moitié des PS a déjà participé à une réunion d'une ONG menant des activités de prévention du VIH mais seulement 6,1 % d'entre elles ont été touchées par les éducatrices de paires de Blety.

Ces informations provenaient des centres de santé (28,2%), des éducatrices de paires (25,5 %), des ONG (20 %) et des médias (12,6 %).

Dans le cadre de l'accompagnement psycho social des PS vivant avec le VIH, seulement 8 % des participantes sont membres d'un groupe de soutien.

Violences, stigmatisation et discrimination

Une proportion importante de PS a déjà subi des violences sexuelles (35,8 %) et physiques (47,9 %). Une proportion non négligeable (23,3 %) a peur d'accéder aux services de soins de santé.

Concernant les relations avec la police, 24,8 % ont déjà été harcelées ou intimidées et 12,9 % évitent d'avoir des préservatifs sur elles en raison de la répression policière. Aussi, 19,7 % des PS se sont vues refuser une protection policière.

Les PS font l'objet de stigmatisation et de discrimination au sein de leur famille (19 %). Plus du quart (28,9 %) a peur d'accéder et de circuler dans les lieux public et près de la moitié a déjà subi un harcèlement verbal (43,7 %) et du chantage (17,9 %).

Connaissance des facteurs de risque de transmission du VIH et utilisation des drogues

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.

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.

Préservatifs

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 achetaient. Sur l'échantillon, 47,5 % s'approvisionnaient auprès des organisations communautaires et des centres de santé publique (14,1 %).

L'utilisation des préservatifs : 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. La principale raison évoquée par les participantes concernant la non utilisation des préservatifs avec les clients (nouveaux ou réguliers), était la proposition faite par le client de déboursier une somme plus importante que celui fixé 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.

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.

Gels lubrifiants

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 %).

Étude biologique et comportementale des IST/VIH/sida chez les professionnelles du sexe du district d'Abidjan et examen des interventions en direction des populations clefs en Côte d'Ivoire

Au cours des rapports sexuels par voie anale, seulement 30,6 % des participantes qui pratiquaient ce type de rapports sexuels utilisaient un gel lubrifiant à base d'eau.

Interactions avec les clients

Les PS du district d'Abidjan ont en moyenne 4 clients/jour, et 30,4 % ont au moins 6 clients/jour. Elles reçoivent fréquemment (70,3 %) de la part des clients la proposition de ne pas utiliser les préservatifs contre un gain financier plus important. Sur l'échantillon, un peu plus de la moitié des participantes (54,1 %) et 48,7 % des participantes vivant avec le VIH n'acceptaient jamais cette proposition.

L'utilisation du préservatif baisse avec l'augmentation du tarif du rapport sexuel. Pour un tarif de 1 000 F CFA, seules 2,3 % des participants acceptaient de ne pas utiliser le préservatif au cours du rapport sexuel. Plus de la moitié (57,1 %) acceptaient de ne pas utiliser le préservatif quand le tarif était supérieur à 5000 F CFA.

Prévalence du VIH et des IST

La pratique du dépistage du VIH est courante chez les PS. En effet, seulement 19,4 % n'ont pas encore été testées pour le VIH. Plus de la moitié (53,4 %) ont été dépistées pour le VIH plus d'une fois. Douze (12) participantes connaissaient déjà leur statut positif au VIH avant leur participation à l'étude.

50 participantes ont été déclarées positives au cours de l'étude. L'ajustement effectué par RDS permet d'estimer la prévalence du VIH parmi les PS du district d'Abidjan à **11,4 % [95 % IC: 7.2-15.6]**. Toutes les participantes dépistées positives ont été référées vers des centres de prise en charge.

Quatre (04) participantes (**1 %**) ont été dépistées positives à la syphilis, aucune d'entre elles n'était séropositive. Elles ont bénéficié de la prise en charge recommandée pour la syphilis. Pour les autres IST, les symptômes les plus rapportés, sont les pertes vaginales (47,5 %), les douleurs ou brûlures mictionnelles (33,5 %) et les ulcérations génitales (20,9 %).

Facteurs de risque associés à l'infection au VIH

L'analyse bi variée effectuée a permis de retrouver des facteurs de risque associés à l'infection à VIH. Les rapports de côtes (RC) et leurs intervalles de confiance à 95 % sont présentés dans le tableau 13. Ces facteurs de risque sont liés à :

- L'âge
- La durée dans l'exercice du travail du sexe
- Le pays de naissance
- Le niveau d'instruction
- La situation socio-professionnelle
- Le statut matrimonial
- La vie commune avec ses enfants biologiques

- La perte d'un(es) parent(s) biologique(s)
- Le lieu de réception des clients
- Le désir de maternité

Accès aux services de santé sexuelle et reproductive

La majorité des PS du district d'Abidjan (76,3 %) a déjà eu une grossesse non planifiée et 74,8 % ont déjà accouché. Plus du tiers des PS (36,4 %) a eu cette grossesse avant l'âge de 18 ans.

La pratique de l'avortement est courante, chez les PS. Elles sont 71 % à l'avoir déjà fait. Les participantes ont le plus souvent fait cet avortement dans des cliniques privées (55,9 %) ou à la maison (45,3 %).

Accès aux traitements ARV

Douze (12) participantes avaient été dépistées positives au VIH avant leur participation à la collecte de données. Toutes avaient été mises sous traitements ARV. Parmi celles-ci, trois (03) avaient arrêté la prise parce qu'elles ne supportaient pas les effets secondaires des médicaments. Deux (02) d'entre elles avaient bénéficié d'un examen biologique de suivi du taux de CD4 depuis plus de 24 mois. Parmi les participantes qui avaient déjà initié le traitement ARV, cinq (05) faisaient leur suivi médical dans les centres de santé publique. Deux (02) PS vivant avec le VIH avaient bénéficié de la PTME au cours de leur dernière grossesse.

Cohésion sociale

Les réseaux d'entraide fonctionnent bien au sein de la communauté des PS du district d'Abidjan. Une grande proportion d'entre elles peuvent compter sur les membres de la communauté pour emprunter de l'argent (58,8 %), pour se rendre au centre de santé (77,9 %) ou pour se faire héberger (63,1 %). Mais seulement 16 % font confiance aux membres de cette communauté.

Professionnelles du sexe : Résultats qualitatifs

Initiation au travail du sexe

« Généralement c'est les problèmes qui initient les filles au travail de sexe »

Bien que l'initiation au travail du sexe ait été décrite par la plupart des participantes comme un choix personnel, de nombreuses d'entre elles y ont été introduites par d'autres PS. Elles ont été attirées par l'autonomie financière qu'offrait cette activité à leurs amies:

« Un jour elle est venue, elle m'a expliqué. Je lui ai dit ah bon ! Je n'ai personne pour m'aider pour payer mes choses, donc c'est bon aussi. Je peux essayer. Donc c'est comme ça je me suis lancé dedans. C'est pas parce que c'est un plaisir pour moi, mais c'est pour pouvoir m'aider à faire beaucoup de choses ».

Certaines PS ont évoqué les pressions exercées par une tierce personne afin qu'elles se lancent dans le travail du sexe. Ces participantes surtout de nationalité nigériane ont évoqué la présence de filières de recrutement de filles au Nigéria.

« C'est ma tante [qui l'a initiée], mais lorsqu'elle m'emmenait ici, je ne savais pas le genre de travail que je venais faire, elle m'avait dit que je venais faire un travail de salon de coiffure et quand on est arrivé ici elle me dit que c'est ce travail que je dois faire. Je lui ai dit : non, je veux retourner chez moi ; - elle m'a dit : tu dois d'abord rembourser le transport que j'ai dépensé pour te faire venir. »

Selon ces PS nigérianes, la traite des jeunes filles se développe de plus en plus. Les filles qui sont ramenées du Nigéria viennent de plus en plus jeunes et sont mises sous surveillance dans des maisons closes. Elles doivent travailler pour rembourser les frais engagés pour les faire venir en Côte d'Ivoire, avant de pouvoir se mettre à leur compte.

La perte de repères et des soutiens, consécutifs à la disparition des parents a aussi conduit certaines participantes à se lancer dans le travail du sexe.

«Avoir l'amour d'une famille là, moi je n'ai pas eu ça, et puis j'ai appris à me défendre depuis à l'âge de 13 ans, parce que je n'avais personne d'autre pour m'aider en matière d'argent et truc. Ce que fait que je suis rentrée vite dans ça »

Le viol a aussi été cité comme raison de l'entrée dans le travail du sexe.

« Et puis moi pour moi là, si on veut voir, j'ai commencé pour moi depuis qu'ils m'ont violé. »

Impact des crises successives sur le travail du sexe

Les crises successives ont entraîné de nombreux déplacements. Ces déplacements se sont fait à l'intérieur comme à l'extérieur du pays. De nombreux sites ont aussi été fermés et des nouveaux sites surtout des bars se sont créés dans les quartiers. Ces crises avec ces déplacements successifs ont entraîné des pertes de revenus. La crise post-électorale de 2011 a eu pour conséquences la diminution du nombre de clients mais aussi la diminution des gains des PS. Avant cette crise les gains étaient plus importants puisque certaines ont vu une baisse de plus de 50% de leurs gains.

« C'est depuis lors hein, depuis 2011 là que leur activité comme j'ai dit ont pris un coup, et puis véritablement les choses ont de 2004 jusqu'à 2010, tout allait tout allait bien chez elles, tout allait bien chez elles... y a des filles avant qui disaient que par, chaque soir quand elles, d'autres disaient avant elles descendaient avec 30 000, 40 000. Mais maintenant c'est 16 000, les 18 000. »

Cette baisse de revenus même si elle concerne toute la population ivoirienne a des conséquences négatives pour les PS vivant avec le VIH. Vu que celles-ci peinent à avoir accès aux services de santé à cause du coût de la prise en charge.

Au cours de cette crise, la pénurie en médicaments s'est accrue. De nombreux médicaments étaient en rupture ou indisponibles. Cette situation a été décrite par un informateur clé:

« Dans la crise post-électorale, y avait pas de médicaments en ce moment hein. Faut dire que ça ça a affecté beaucoup hein, beaucoup beaucoup sont tombés donc voilà, beaucoup sont tombés. Fin 2010... jusqu'en Mai 2011, dans ce laps de de de 6 mois là, parce que y avait pas de médicaments. Pour venir ici comment on dit y a pas de médicaments. Personne ne pouvait s'alimenter au district, le district puisque le district aussi n'avait pas de médicaments. Qui dit district parle de la PSP, personne n'avait de médicaments (fiasque) comme elles disent, ceux qui pouvaient survivre par la grâce de Dieu ont survécu, ceux qui n'ont pas pu. »

Il est clair que la situation des PS vivant avec le VIH pendant la crise s'est particulièrement aggravée, et par conséquent, plusieurs décès dans cette population pourraient être le résultat des pénuries des médicaments, du manque d'argent pour l'achat de médicaments non pris en charge et de la réduction de l'assistance médicale.

Au cours des entretiens, de nombreuses participantes ont fait état de la mort de membres de leur famille et de proches pendant les différentes crises : copains, maris, frères parents, etc... Ces pertes ont été décrites comme la raison principale de l'entrée dans le travail du sexe. Ces décès ont aussi entraîné de nombreux déplacements. Les déplacements vers Abidjan répondaient le plus souvent au souci de trouver des débouchées afin d'assurer leur prise en charge comme le montre le témoignage ci-dessous.

Étude biologique et comportementale des IST/VIH/sida chez les professionnelles du sexe du district d'Abidjan et examen des interventions en direction des populations clefs en Côte d'Ivoire

« En fait, c'est la pauvreté qui fait ça. Moi comme ça là, c'est depuis qu'il y a eu la guerre qui s'est passé ici là, ma maman est décédée, mon papa aussi, il est malade, il est au village, ma tante aussi, elle peut pas subvenir à mes besoins »

Mais ce déplacement vers Abidjan n'a pas permis d'avoir le soutien espéré à la suite du décès des parents, ce qui a entraîné certaines participantes vers le travail du sexe.

« On n'a pas eu quelqu'un pour nous aider quand on est arrivé à Abidjan, donc on était obligé, on partait à l'école mais on a laissé les études pour ça. »

Ces crises successives ont aussi entraîné un afflux de filles mineures vers le travail du sexe.

« Avec ces crises que nous avons eues heu...où y a eu des moments où c'était difficile y avait pas l'argent tout et tout...c'est pas comme avant. Avant on dit y a a, y avait assez d'argent au pays, on voyait des des des PS...bon comme c'est le plus vieux métier au monde... ça continue mais dommage qu'aujourd'hui on voit encore des des moins moins jeunes, s'adonner à ce métier-là voilà, des petites filles de huit ans, neuf ans qui sont dans le métier. Or avant, on voyait pas ça. »

L'abaissement de l'âge d'entrée dans le travail du sexe est selon plusieurs informateurs clés, le changement principal qui a eu lieu dans la profession depuis la fin de la première crise. Les filles commencent le travail du sexe précocement. Cela pourrait être le résultat des déplacements et de la perte des parents.

Violences

Plusieurs PS ont décrit la violence comme une réalité inhérente au travail du sexe.

« C'est par coup de chance sinon on peut pas éviter, on peut pas éviter. On est déjà dans un milieu qui est qui est qui est dangereux disons, donc on peut pas éviter, si ça arrive c'est arrivé. »

Les auteurs principaux de la violence étaient généralement des hommes en tenue et des clients, quoique beaucoup de femmes aient aussi décrit des incidents avec des amis ou des membres de la famille avant qu'elles ne débutent le travail du sexe.

« Y a pas d'amitié avec la police »

Des PS ont souvent fait allusion au harcèlement des forces de l'ordre, parlant des difficultés lors de leur travail. Les participantes ont décrit des forces de l'ordre s'appropriant leurs préservatifs ou leur argent, exerçant des rackets, des incarcérations arbitraires, de la violence physique et/ou sexuelle, exigeant des faveurs sexuelles non rémunérées.

« La police vient nous rafler et puis prendre l'argent. On leur demande pardon, on leur donne de l'argent et puis... une année même là, ça fait deux ans maintenant, on a agressé une camarade même là, elle est morte de l'agression tout ça. On est confronté à beaucoup de problèmes. »

Plusieurs participantes ont décrit des incidents très violents (viol, homicide) impliquant des hommes en tenue, en particulier au moment de la crise socio politique de 2011. Toutefois, les PS ont le plus souvent décrit les tracasseries policières comme de la provocation plutôt que comme une réelle menace.

« Y'a d'autres aussi qui viennent pour sortir avec les filles. Mais y'a d'autres aussi qui, viennent nous chasser, nous menacer, demander nos pièces. En tout cas, nous faire des choses même... y'a d'autres qui demandent si y'a des préservatifs mais y'a d'autres là même, c'est pas leur problème. Ils veulent nous chasser. S'ils sont en patrouille, ils viennent, c'est pour vous provoquer. »

« Chez le client...il n'y aura personne pour intervenir »

Les clients ont été cités après les forces de l'ordre, comme la seconde source de violences au cours de l'exercice de leur travail à Abidjan. Les clients constituent une menace potentielle en fonction du lieu des rapports sexuel. Afin de réduire les risques de vols, de violences physique ou sexuelle, la plupart des PS préfèrent aller avec le client à l'hôtel ou chez elles afin de se sentir plus en sécurité.

« Si c'est dans un hôtel, là y a les personnes forcément à côté qui peuvent entendre tes cris. Mais dehors dans les coins noirs c'est risqué, c'est risqué. »

Les participantes qui avaient subi des violences physiques et/ou sexuelles, des tracasseries de la part des forces de l'ordre ou des clients, ont clairement lié ces violences à l'exercice de leur métier. En effet, elles ont affirmé n'avoir pas subi de telles violences avant leur entrée dans le travail du sexe:

« Il peut pas voir une fille dans la rue comme ça et puis il va dire que non qu'il va prendre la fille pour aller, c'est parce que je fais ça, c'est à cause de ça. »

Malgré le lien évident qu'elles font entre le travail du sexe et la violence des forces de l'ordre et/ou des clients, des participantes ont décrits des expériences de violences physique et/ou sexuelle avant leur entrée dans le travail du sexe.

Certaines participantes ont aussi signalé des violences physiques de la part de gérants de sites, d'hôtels et d'autres connaissances en raison de l'exercice de leur métier.

Stigmatisation et discrimination

« On nous considère comme des personnes vulgaires, des personnes qui ont raté leur vie »

Selon les participantes, les PS subissent de fortes stigmatisation et discrimination de la population générale qui les considère comme « des pécheresses » ou « des échecs ». La plupart des PS interviewées ont affirmé avoir été souvent tourmentées et harcelées par des inconnus, afin de les punir pour leur choix. Elles ont été l'objet d'agressions verbales et/ou physiques de la part d'inconnus dans les rues:

« Ya les gens qui les frappent, y a d'autres aussi souvent quand elles passent si elles ont porté des habits qui sont un peu petits, y a d'autres qui les déshabillent. Y a d'autres, quand elles passent, y a d'autres qui les insultent. Au fait, plein de truc. »

Certains clients contribuent aussi à cette stigmatisation et discrimination. Néanmoins, elles ont souligné que les clients réguliers sont souvent plus compréhensifs que la population générale.

La peur d'être reconnue comme PS est aussi une source quotidienne de stress. Cette peur amène certaines à limiter les sorties de jour afin d'éviter d'être stigmatisées et discriminées par des personnes pouvant les reconnaître.

« La vie (silence) on cherche pas à être trop vu, parce que ton client tu as croisé la journée hein la nuit, tu sais pas où tu peux le croiser dans la journée, donc la journée on a un peu peur dans les endroits publics. On ne veut on ne veut pas que peut-être ces mêmes personnes nous croisent dans la journée, donc on est un peu stressé. »

Ce stress quotidien est motivé par la volonté de ne pas mettre en péril la vie de couple. Aussi elles évitent d'être reconnues comme PS dans leur quartier.

« Y a d'autres même qui peuvent pas se marier. Que si elles font ça, elles peuvent pas se marier parce que si elle a un client qui connaît son mari, si il dit ça à son mari, il peut la quitter. »

Afin d'éviter la stigmatisation, elles adoptent différentes stratégies: exercer dans des quartiers loin de leur lieu de résidence, changer de vêtements sur le site de travail, ou éviter les connaissances.

« C'est normal que je cache. »

En raison de la stigmatisation, peu de femmes interviewées avaient révélé leur profession aux membres de leur famille ou aux autres êtres chers. Celles qui l'avaient fait, l'avaient partagé de façon limitée, seulement avec une sœur, ou un autre confident.

« A part mes collègues, côté parent non ! C'est un truc c'est mal vu, pourquoi montrez à tes parents que c'est ça. Même s'ils le savent mais ils ne m'ont jamais fait savoir ça aussi. »

D'une façon générale, la majorité des PS a rejeté l'idée de partager avec des membres de la famille ou des amis l'exercice de cette profession, car elles estimaient que ni la famille ni les amis n'étaient prêts à l'accepter.

« La première fois franchement j'avais beaucoup honte voilà. J'ai eu du mal, c'était c'était pénible. »

Vu que de nombreuses participantes avaient été régulièrement l'objet de harcèlement et n'avaient pas révélé leur profession, c'est logiquement que l'auto-stigmatisation ait été également exprimée par plusieurs PS interviewées. Les sentiments de honte, de gêne sont fréquemment revenus au cours des entretiens. Plusieurs ont décrit les jugements négatifs qu'elles avaient envers les PS avant qu'elles ne se lancent elles-mêmes dans la profession.

« Quand moi je me regarde, je dis moi-même là je ne suis pas femme non. Et puis je sais pas si un jour j'arriverai, si un jour j'arrête, peut-être je vais dire je suis normale. »

Pour faire face à l'auto-stigmatisation, elles utilisent souvent l'alcool mais aussi quelques fois la drogue. La plupart des participantes a signalé une consommation courante de l'alcool au sein de la communauté dans le but de se donner le courage dont elles ont besoin pour faire ce travail :

« Si tu n'as pas bu là, tu peux pas avoir le courage même d'accepter que un homme se couche sur toi aussi, parce que c'est énervant quoi »

L'alcool est donc utilisé comme un remède pour faire face à la gêne et l'anxiété, oublier les sentiments négatifs.

« Si je bois de l'alcool, je sais pourquoi j'ai bu, c'est pour ne pas... c'est pour oublier ce que je suis en train de faire ou bien ne pas penser... ne pas mettre mon idée dessus. Ça agit positivement. »

Cohésion sociale

« On peut entretenir de bonnes relations comme aussi de mauvaises relations »

Plusieurs participantes ont indiqué que les bagarres pour les clients et les rivalités entre PS étaient assez fréquentes. Aussi certaines préféreraient éviter leurs paires. Néanmoins, la plupart ont décrit une solidarité entre elles au sein de leurs propres réseaux sociaux :

« Bon... c'est une entente hein ! Une entente parfaite. Parce que, on est comme une famille. On se croise souvent, en tout cas, quand on a les moyens, si y a une qui a un problème, on peut s'associer pour venir en aide à celle... ce dernier-là, c'est tout. Sinon pour dire que, non... nous ne sommes pas des... rivaux là-bas. On est comme une famille. Parce qu'on s'est dit que c'est même problème qui a fait et puis on s'est retrouvé là. »

Elles ont décrit ces réseaux comme un précieux recours dans le cadre de l'entraide entre PS.

Freins à l'accès aux services de santé

Les PS estiment en général que la santé physique est la priorité absolue. Cependant plusieurs femmes trouvent l'accès aux services de santé difficile. Certaines participantes ont décrit la place de plus en plus importante que prenaient les ONG offrant des services de santé aux PS en raison de la convivialité, et de la confidentialité qui y règnent. Mais d'autres ont révélé éviter les services dédiés par peur d'être identifiée comme PS.

La stigmatisation et la discrimination constituent l'un des premiers freins à l'accès aux services de santé évoqués par les PS.

« On veut plus que, on nous rejette pour dire non, elles sont comme ça, genre on nous compte pas, si il se rend que tu es dedans, les gens refusent même de te, quand on te regarde même, d'autres même quand ils te regardent ils tirent leur bouche, genre on dirait que, ils sont trop mieux. »

« C'est quelque chose qui n'est pas écrit sur le corps, donc personne ne sait »

La révélation du statut de PS a été indiquée comme un frein, car la majorité des participantes ne voulait pas révéler leur statut de PS. Aussi il s'avère important de rassurer les PS sur la confidentialité pendant l'utilisation des services de santé. De plus, plusieurs participantes ont exprimé le désir de faire le dépistage sans l'obligation de révéler l'exercice du travail du sexe.

« Quelque chose que je vais faire, je suis venue, je fais mon test, je t'ai dit que je suis venue faire mon test, c'est tout ! Je ne vais pas t'expliquer pourquoi. Si la personne demande pourquoi tu veux faire ton test, je dis non, c'est pour voir, c'est pour connaître mon statut c'est tout. »

Pour certaines PS, l'anonymat complet était une chose à promouvoir dans les services de santé.

« Dès que tu me dis tu as SIDA net, en même temps je meurs »

Bien que certaines participantes aient déclaré avoir fait le test de dépistage du VIH, **la peur du résultat positif** était le principal obstacle à sa réalisation. Elles hésitaient à visiter des centres de santé non seulement de peur de se sentir stigmatisées, mais aussi par crainte du résultat du dépistage du VIH. De nombreuses participantes avaient reportées leur visite au centre de santé pour ce motif.

« Souvent pour pouvoir bien vivre, il faut connaître son statut voilà. Donc j'avais voulu faire, je voulais faire le test, mais j'avais un peu peur, j'avais peur. »

Les idées erronées sont encore fortes associant la séropositivité à la mort entraînant un refus de faire le test de dépistage. Une des participante a affirmé avoir décidé de faire le test après s'être rendu compte que les PVVIH pouvaient avoir une vie relativement normale:

« C'est selon les informations qu'ils ont donné quoi, parce que ils ont essayé d'expliquer un peu, que actuellement tu peux vivre avec le VIH sans que tu ne fasses la maladie, si tu vraiment tu suis le traitement normal tout ça là. Donc et puis j'ai vu que y a des personnes mêmes qui ont ça, et puis ils sont bien en forme, ils sont bien portants, donc c'est ça qui m'a motivé à aller faire. »

La stigmatisation des PVVIH a été également donnée comme une raison pour laquelle elles ne voudraient pas faire le dépistage de VIH. Les discussions sur le VIH et le sida ne se font pas faites ouvertement au sein de la communauté parce qu'il y a toujours la peur d'être stigmatisé y compris par les amies :

Ainsi, la stigmatisation liée au VIH et au sida constitue un obstacle majeur à une discussion ouverte. De plus, plusieurs participantes ont exprimé la crainte d'être abandonnée si elles avaient un résultat positif, en particulier celles qui étaient déjà rejetées ou abandonnées par leur famille ou leurs ami(e)s du fait de leur profession.

« C'est après leurs parents apprennent qu'ils vivaient cette vie de PS, et puis c'est dans ça elles ont pris la maladie, beaucoup sont rejetés. Et quand elles sont rejetés c'est, c'est sur les sites là qu'elles vont continuer leur vie après. »

Vu les inquiétudes suscitées par la stigmatisation, la confidentialité autour des tests de dépistage est primordiale. Cette confidentialité est particulièrement importante lorsqu'elles viennent en groupe dans les centres de santé.

« Quand la personne a eu bouton bouton, on dit non, elle a SIDA, faut pas on va marcher avec elle, faut pas elle va nous contaminer donc. »

« Et souvent comme elles viennent aussi en groupe, elles se disent que, si elle est déclarée séropositive, ses copines pourront aller dire aussi sur le lieu là-bas qu'elle est infectée. Si elle a dit ça c'est quand c'est, séronégatif, quand elles sortent elles se disent. Si moi je sors que je ne dis pas, c'est que quelque part y a quelque chose qui cloche. Donc ça fait aussi que souvent, elles refusent de parler de ça. »

En plus de la difficulté à faire leur test de dépistage, certaines PS ont décrit les difficultés qu'elles ont à convaincre leurs principaux partenaires à faire le leur. Une PS vivant avec le VIH a décrit les obstacles qu'elle a rencontré dans les tentatives de convaincre son partenaire:

« Ah moi je lui parle. Je lui ai proposé d'aller faire son test il a refusé, il dit que ça n'existe pas. Bon moi je sais pas comment je vais parler encore, quand je lui parle de ça il dit ce sont des trucs qui n'existent pas. »

« *En tout cas le docteur, [on] sait pas ce qu'il dit.* »

Les insuffisances dans le rendu des résultats, constitue pour de nombreuses participantes un frein à l'accès aux services surtout au dépistage du VIH et à la prise en charge antirétrovirale. L'annonce du résultat du dépistage et la procédure pour la prise en charge antirétrovirale sont très souvent incompréhensibles pour certaines PS.

« *Moi je fais les tests là mais, je sais pas ce que ça signifie* »

Le conseil post-test est primordial pour les PS afin d'assurer un bon suivi en cas de séropositivité ou le maintient le plus longtemps possible du statut négatif.

Ces insuffisances dans la consultation médicale, dans l'annonce des résultats contribuent aussi à l'inobservance aux traitements ARV.

« *PS : Ils ont refait examen encore, et puis c'est là ils ont commencé à me donner médicaments, que non que on dirait ça a aug les virus là ont aug ils ont augmenté waha je sais pas, un truc comme ça...*

I : Est-ce que vos arrivez à respecter le régime de traitement que le médecin vous a donné ?

PS : J'oublie souvent, mais je prends médicaments mais j'oublie (rire). Souvent l'heure me dépasse un peu tout ça là. »

« *Elles disent examens là c'est cher dèh, on peut pas payer* »

Le coût des prestations constitue un obstacle majeur à l'accès aux services de santé. Elles ont recommandé la gratuite de ces services :

« *C'est, bon... je sais pas comment il faut dire... si elles sont malades, services gratuits pour les soigner en tout cas...Bon là la... c'est maladie de sexe. Je ne sais pas. C'est ce boulot on fait. Si on peut avoir vraiment ça, gratuitement ; parce que souvent, la plupart c'est cher* »

Plusieurs PS et des informateurs clés ont mis en exergue le coût des services, mais aussi la longueur de la période d'attente.

« *J'allais seulement dire quand on vient là, ils n'ont qu'à... genre, ils n'ont qu'à se dépêcher, faut pas ils vont prendre tout le temps, parce qu'on ne sait pas si y a des gens qui ont d'autres occupations.* »

Préservatifs et planification familiale

Les préservatifs sont bien connus des PS. Les sources d'approvisionnement sont les boutiques, les tabliers, les pharmacies, les supermarchés, les ONG, les gérants de bar ou d'hôtels et les clients. Une grande majorité des participantes a affirmé s'approvisionner en préservatifs par le biais des ONG. Mais ces ONG n'étaient pas leur source primaire d'approvisionnement.

Certaines PS ont indiquées que des gérants de bar étaient réfractaires à l'utilisation des préservatifs par les PS dans leur bar:

« D'autres nous disent d'arrêter d'utiliser le préservatif, que ça fait fuir beaucoup de clients...Moi je dis que même si ça les fait fuir, moi je vais utiliser parce que c'est ma santé qui m'intéresse... D'autres sont d'accord, d'autres même m'encouragent à toujours utiliser les préservatifs. »

« Il te dit non le SIDA n'existe pas »

La plupart des participantes a déclarée insister sur l'utilisation du préservatif avec leurs clients malgré les difficultés fréquemment rencontrées lors de leur négociation. Des interviewées ont affirmées que certains clients perçaient délibérément, ou enlevaient leur préservatif pendant les rapports sexuels. Des clients tentaient de les persuader à renoncer à l'utilisation du préservatif. Ceux-ci fondaient leur demande sur des idées erronées notamment que le sida était un mythe, qu'il n'y a aucun risque, que la maladie ou la grossesse pouvait être évitée en utilisant des remèdes maison.

« Ou bien il te dit non le SIDA n'existe pas, on peut pas manger la banane avec la peau, donc ce sont des conneries. Y a certains qui font exprès pour percer les préservatifs. »

De nombreux clients offraient un prix plus élevé pour la « passe » afin de convaincre les PS de ne pas utiliser le préservatif. La négociation du port du préservatif était plus difficile avec les partenaires non-payants.

La planification familiale est mal comprise ou méconnue par de nombreuses participantes plusieurs d'entre elles ont affirmées avoir eu des grossesses non désirées. Plusieurs participantes ne désirant pas d'enfant n'utilisaient cependant pas de méthodes contraceptives par peur de devenir stérile:

« Ah, on prend mais, parce que y a d'autres qui disent quand tu prends vrai vrai pilule là, tu vas jamais tomber enceinte. Tu tombes pas enceinte jusqu'en, tu vas même pas faire enfant. »

Aussi les préservatifs ont été préférés aux contraceptifs hormonaux (oraux ou injectables). Les préservatifs masculins étaient la forme la plus courante de contraception. Certaines participantes utilisaient aussi la pilule du lendemain mais aussi des substances dangereuses (nivaquine, vinaigre, etc.) comme méthode de contraception:

« J'utilise les pilules du lendemain ; préservatif là, c'est pas trop sûr. Pilule du lendemain ou bien je peux boire nivaquine. Nivaquine aussi, ça passe... Même nivaquine là, c'est ma camarade qui m'a dit. Même, y a une qui a parlé de vinaigre, tu bois vinaigre, ça passe. »

D'autres par peur de devenir stérile suite à l'utilisation des contraceptifs hormonaux privilégiaient l'avortement comme forme primaire de contraception.

« J'ai fait 6 grossesses, j'ai enlevé avant elle...humm, ça va faire 7^{ème}, j'ai essayé d'enlever, ça pouvait pas donc j'ai laissé. »

La pratique de l'avortement comme méthode de contraception étant dangereuse, la promotion des méthodes modernes de planification familiale serait bénéfique pour les PS.

Sortie du travail du sexe

« J'étais fatigué physiquement mais ce sont les moyens qui me manquaient. »

Bien que l'entrée dans le commerce du sexe soit pour la plupart des participantes, un choix personnel, elles souhaitent majoritairement arrêter cette activité. Elles ont exprimé leur frustration vis-à-vis des intervenants qui posaient des questions sur leur vie privée sans leur offrir des opportunités de sortie du travail du sexe :

« Parce qu'il ne sert à rien de dire bon, pourquoi tu te prostitues, pourquoi tu fais ceci ou cela, or pourtant si demain je n'ai même pas un sou pour me soigner, ou bien je n'ai pas de quoi manger ou bien bon, à prendre soin de moi, parce que chaque personne a son truc, a ses problèmes, donc chercher à savoir pourquoi on fait ça, maintenant qu'est-ce que la communauté peut envisager à faire pour nous. Qu'est-ce que faire pour que nous puissions sortir de là, de cette situation »

Pour les participantes, la sortie du travail du sexe, ne doit pas se faire à travers le soutien financier uniquement.

« Quand on nous donne de l'argent là, c'est pour aller acheter encore des faux cils, des trucs, on prend pas même pour faire bon truc, donc on voit que ça n'évolue pas, on est toujours la même chose...Mais on fait comment ? Tu as fait quoi ? Tu fais rien, tu es là, donc c'est mieux en même temps, sinon humm. »

Cette sortie du travail du sexe doit être faite à travers, l'octroi d'opportunités de formation et de création d'activités génératrices de revenus (AGR) :

« I : Et au niveau de la profession, est-ce que mis à part le travail de PS y a d'autres activités par exemple économiques, qu'on devait créer pour les PS ?

PS : oui, oui ! Oui, oui !

I : Comme quoi ?

PS : Par exemple, celles qui peuvent tresser, tressent ; celles qui peuvent vendre, elles vendent. Bon, la plupart des filles là, c'est des battantes. Celles qui font la couture aussi, font. Bon... »

Pour les participantes, le plus grand service que peuvent leur rendre les ONG consiste en la mise en place de formation et de créations de débouchées afin de devenir autonome et ainsi sortir du travail du sexe.

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Caractéristiques sociodémographiques

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés dans cette étude revêt un caractère important du fait de l'utilisation de ces informations dans l'explication des niveaux et tendances de la vulnérabilité à l'infection par le VIH. Leurs connaissances permettent de déterminer les profils les plus vulnérables. La présente étude concerne 326 HSH, qui ont répondu aux questions posées lors des entretiens individuels ou des discussions de groupe.

Les caractéristiques sociodémographiques examinées dans ce rapport sont perçues au fil des entretiens, et portent sur: l'âge, le niveau d'instruction, le statut matrimonial incluant le genre du partenaire, et l'occupation professionnelle.

Age

Il ressort de l'analyse des entrevues qualitatives que la population des participants était relativement jeune. En effet, l'âge des participants aux entrevues qualitatives est compris entre 20 et 54 ans, mais plus de la moitié d'entre eux ont entre 24 et 30 ans. L'âge médian des participants s'établit à 26 ans.

Niveau d'instruction

Les participants rencontrés lors de cette étude, ont présenté tous les paliers du niveau d'instruction, allant de l'analphabétisme au niveau universitaire. Cependant, il est important de préciser que selon les données recueillies, très peu d'entre eux n'ont pas été à l'école, quelques-uns ont un niveau primaire, et la grande majorité ont au moins atteint le niveau secondaire (2^{ème} cycle). Ils ont principalement mentionné avoir reçu une scolarisation de type classique (enseignement général). Seulement la grande majorité d'entre eux sont aujourd'hui déscolarisés. Cette déscolarisation qui a généralement lieu entre 11 et 17 ans a pour cause principale le manque de moyens financiers.

« J'ai arrêté d'aller à l'école à cause des moyens financiers. Parce que j'ai perdu mon père depuis 1997 et c'est ma mère qui faisait. Mais depuis la crise... » EIA, Gagnoa

Vie de famille et situation matrimoniale

L'analyse des données fait ressortir plusieurs niveaux de vie en ce qui concerne le statut matrimonial des enquêtés. Ce sont, le célibat, le mariage avec une femme, la vie de couple avec une femme, la vie de couple avec un homme, le mariage communautaire avec un homme.

Le type de cohabitation le plus souvent déclaré par les participants est la vie en famille, et cela est dû à une présence importante de participants jeunes, dont une partie habite encore effectivement dans un environnement familial.

Ainsi, précisons que la plupart des HSH rencontrés, vivaient en famille, et étaient célibataires sans enfant et avaient une relation stable avec une fille qui durait depuis en moyenne près d'un an.

« Ici en Côte d'Ivoire c'est encore mieux de te marier pour pouvoir faire sous couvert. Même si on a des mariages branchés entre nous comme on le fait, mais on le fait en cachette. » FG Yamoussoukro

Occupation ou activité professionnelle

La majorité des participants était élèves, étudiants ou sans emploi. Quant aux HSH qui avaient déclaré avoir un emploi, la plupart exerçaient une profession libérale, généralement dans le domaine de l'art, de l'hôtellerie et des loisirs. Ceux qui ont déclaré avoir un statut de salarié permanent ou de salarié temporaire représentaient une faible proportion.

Image perçue des HSH dans la société

L'homosexualité masculine est très mal perçue dans la société ivoirienne. Presque tous les acteurs HSH interrogés ont décrié la condamnation pure et simple de cette pratique de l'homosexualité dans leur communauté.

Les propos de ce participant témoignent de la difficulté à être différent des autres tellement l'homosexualité est perçue négativement. Il explique leur mal être face à l'image que leur renvoie la société d'eux même : une abomination, une déviance, une malédiction.

« Ils disent « regarde ce pédé là ! Sa maman l'a accouché homme, il veut devenir femme ! Un Batard comme ça, regardez ! Or pourtant entre ses jambes il a ce qu'on a là hein mais je ne sais pas, il fait quoi avec ça ! Femme est là, il laisse ça et puis il s'en va chez garçon ! » Donc ils commencent à dire ça ! (...) Ils ajoutent, non, qu'il est maudit ! Que c'est un homme de satanique ! En tout cas me concernant, moi c'était au début j'avais un peu honte mais maintenant ça ne me dit rien ! » FG Bouaké

Cette description négative de l'homosexualité qui présente l'homosexualité comme une déviance, condamne les homosexuels à figurer dans la frange des exclus. Pour eux, il s'agit principalement de faire un choix, celui de vivre ou de ne pas vivre son homosexualité.

« Au début quand on découvre qu'on est attiré par les hommes, ça maintenant c'est un choix de pratiquer une vie avec les hommes ou carrément de refouler ça en se centrant vers une femme. Mais généralement, on voit que la nature finit toujours par les rattraper. » FG Grand Bassam

Ainsi, la souffrance, est d'abord sociale. Les cas les plus extrêmes relatant cette situation de malaise social sont enregistrés à Gagnoa. Le récit de ce participant de Gagnoa fait un descriptif fidèle de ce malaise social, et de la détresse psychologique que vivent les homosexuels en Côte d'Ivoire.

« Beaucoup sont caché et d'autres même sont dans leur coin quand tu leur appelle ils ont peur de sortir. Surtout ceux qui sont efféminés, ils ont peur de sortir. Quand ils sortent il y a des regards qui sont braqués sur eux et nous sommes une population très sensible le moindre regard ça nous fragilise. Donc quand on nous regarde ça nous fait quelque chose donc d'autres ont honte de sortir. Nous qui sommes beaucoup garés, qui sommes garçons, quand nous marchons avec ceux qui sont efféminés, souvent nous avons honte. Mais ça nous gêne quand on se laisse et par ce quand tu croises tes amis ils te disent toi tu fais quoi avec ce bêh là (mouton) ? C'est le mot Pédé là même que nous détestons beaucoup voilà. Donc je disais qu'une sommes une population beaucoup sensible. On veut se mettre à l'aise mais il y a des regards et des bouches ici qui nous empêchent de le faire donc nous nous croisons par petits groupes quelque part pour causer un peu. Souvent nous sommes obligés de le faire au téléphone. Voilà c'est par téléphone qu'on cause, disons les petites afférences tout ça. Il y a des gens qui sont à Gagnoa quand les croise tu ne penses pas qu'ils sont à Gagnoa. Parce qu'ils sont toujours dans leur coin ils ne peuvent pas sortir. Ils sont beaucoup efféminés. En tout cas nous n'avons pas la liberté de faire ce que nous voulons ici à Gagnoa. On ne veut pas que les gens nous mettent à l'aise pour qu'on fasse la promotion de l'homosexualité mais aussi on veut être à l'aise comme les autres, mais le regard la bouche des autres fait que les MSM sont dans leur coin. On a un peu peur. Souvent on se méfie entre nous. Cela fait qu'on se méfie entre nous. Parce que moi en tant qu'éducateur de pair quand je vais vers les MSM et je les appelle comme ça et je leur dis que je suis MSM, ils ne croient pas. Ils ont peur et d'autres me posent la question qui t'a dit que je suis MSM. Je suis obligé de entrer dans les petites choses jusqu'à savoir que la personne est MSM. Ils ont peur et ils se méfient. Tu n'es pas MSM et s'il te dit qu'il est MSM et tu balance la mèche peut être que ces parents ne savent pas ou tu es ami avec un ami de sa famille tu ne sais pas. On a peur au fait et on se méfie ». IC Gagnoa

Ainsi, l'on peut se rendre compte que c'est le refus de la société qui est mal ressentie, et non la sexualité différente. Dans ce cadre-là, la découverte de son homosexualité, c'est aussi la découverte de sa différence sociale. Cette impression peut s'atténuer plus tard avec un renforcement de l'estime de soi, mais cela n'est pas évident pour la grande majorité des HSH. C'est une période de solitude, et dans ce contexte, l'entrée dans la communauté apparaît alors comme un refuge, un nouvel espace de socialisation et une dynamique individuelle d'aide et d'écoute qui permet de surmonter les obstacles et de se retrouver.

Degré d'organisation et réseautage

Typologie des HSH

Différentes typologies de HSH ont été faites par les participants en fonction de l'objet de définition de cette typologie. Ainsi nous avons :

Typologie par l'attraction sexuelle

C'est une catégorisation des HSH qui est faite en fonction de leur attraction ou préférence sexuelle : elle comporte trois variables que sont les bisexuels - qui sont attirés à la fois par les hommes que par les femmes ; les hétérosexuels - qui ont des rapports sexuels avec les hommes, mais qui sont principalement attirés par les femmes, les homosexuels - qui sont uniquement attirés par les hommes.

Les deux premières catégories ont des activités sexuelles régulières, sinon fréquentes avec les femmes, alors que la dernière catégorie a très peu, sinon pas du tout de relations sexuelles avec des femmes.

Typologie par l'identité

Peut être définie par l'identité même que se donne la personne homosexuelle. Ainsi, les gays sont cette catégorie de HSH qui affirment et affichent ouvertement leur homosexualité. Pour les autres catégories, ils s'identifient simplement à leurs comportements sexuels (bisexuel ; homosexuel ; hétérosexuel)

Typologie par l'apparence

Les HSH rencontrés se sont référés à l'apparence physique (attitude, gestuelle, habillement) pour déterminer les différentes catégories. Ainsi on a les travestis qui se distinguent par le port de vêtement et accessoires féminins ; les « garés » qui ont une apparence très virile, et enfin les « woobi », qui ont une attitude, une posture ou le gestuel assez féminisé.

Typologie par la pratique sexuelle

Elle tient compte du rôle de l'agent lors de la pratique sexuelle. Ici, les « woobi » sont les HSH passifs, les « yossi » sont les actifs, les dénommés « cassette » sont ceux qui sont à la fois actifs et passifs. Les travestis, eux campent la femme lors de la pratique du sexe, mais sont aussi et souvent des professionnels du sexe de rue.

Dynamique communautaire

La dynamique communautaire peut être définie par la qualité de l'interaction entre les personnes d'une même communauté. Cette interaction peut être saisie à plusieurs niveaux. L'interaction et la communication entre ses membres, le sentiment identitaire, les schémas sociaux ou les réseaux sociaux.

L'interaction et la communication entre ses membres témoignent de la dynamique communautaire en ce sens qu'elles permettent de déterminer la fréquence et la qualité des contacts entre les membres. Les HSH interviewés ont déclaré disposer de plusieurs moyens d'interagir entre eux dont les principaux sont les rencontres organisées par les structures communautaires, ou travaillant avec la communauté, les espaces de loisirs, (lors de virées nocturnes, dans les bars et maquis) ; et sur les sites internet : gay.romeo.com, EDENGAY, ANUSGAY, MY GENT).

Mais il faut signifier que l'interaction communautaire diffère significativement d'une localité à une autre. En effet, l'interaction communautaire est fortement organisée et stimulée à Bouaké par les structures que sont RSB et Secours social à travers leurs activités d'échange et de prise en charge, et à travers les réseaux de contact développés par les éducateurs de pairs.

A Grand-Bassam, l'interaction communautaire est surtout à l'initiative des individus eux-mêmes. Ces échanges se font par des rencontres, des loisirs, des communications téléphoniques et par internet.

Yamoussoukro est un mélange des deux situations précédemment décrites. La dynamique de l'interaction est instiguée non seulement par les ONG (ASAPSU, RSB) à travers leurs activités quotidiennes ou hebdomadaires avec les HSH de leur localité, mais aussi à l'initiative des individus par des rencontres privées, dans les espaces de loisir et les sites internet.

A Gagnoa, la situation se présente différemment. L'interaction communautaire est faible et très peu variée. Elle ne se manifeste pas, sinon très rarement dans les espaces de loisirs. Les communications téléphoniques et les visites privées et discrètes à domicile en constituent la substance.

« J'ai quelques amis qui sont dans le milieu quand j'ai besoin je les appelle, et il me met en contact avec quelqu'un, sinon il n'y a pas de lieu fixe pour aller croiser les gens, des homosexuels » EIA Gagnoa.

Le sentiment identitaire est à définir comme la sensation intime d'appartenir à un ensemble, à un groupe, ou à une communauté. Il favorise positivement la qualité relationnelle entre les individus, et contribue à la dynamique communautaire. Dans le cadre de cette étude, l'on peut noter que le sentiment identitaire est fortement ancré chez les individus, mais il se manifeste différemment selon la localité. En effet, dans les localités de Grand-Bassam, Bouaké, et Yamoussoukro, la manifestation de ce sentiment identitaire est quelque peu palpable à travers la participation des individus aux activités communautaires, et à la qualité/fréquence de l'interaction entre les individus.

A Gagnoa par contre, elle est sournoise, et limitée par un contexte peu rassurant pour les individus car la peur de voir son identité sexuelle révélée dans une société tradi-moderne qui nie encore l'existence de cette pratique et ou la promotion de la virilité est manifeste à travers les concepts de « *bagnon* » et de « *woudi* ».

La structure des réseaux communautaires des HSH, fait référence à l'étendu de la connectivité entre des relations entre les individus. Il rend compte de la cohésion sociale dans une communauté donnée (Bopp *et al*, 2000). Dans le cadre de notre étude, chaque localité affiche un schéma de réseau différent.

A Grand-Bassam, le schéma de réseau est de type quadrillage, où tout le monde est susceptible de connaître, de rencontrer ou d'avoir déjà entendu parler de tout le monde, sans pouvoir déterminer exactement un point de départ ou de référence du réseautage.

A Bouaké, le schéma se présente comme une toile d'araignée où également tout le monde est susceptible de connaître, de rencontrer ou d'avoir déjà entendu parler de tout le monde, mais où le réseautage est initié par les structures identitaires, ou de prise en charge des HSH en l'occurrence RSB et Secours social à travers leurs éducateurs de pairs.

A Yamoussoukro, le schéma de réseau est similaire à celui de Bouaké, mais présente plusieurs centres de réseau, pour une seule toile. En termes plus clairs, à Yamoussoukro également, tout le monde est susceptible de connaître, de rencontrer ou d'avoir déjà entendu parler de tout le monde, et cela passe, non seulement par les structures de

prise en charge, mais aussi par les espaces de loisirs, par les rencontres organisées, et par les réseaux de communication officielle (internet, et téléphone).

Au moment de l'étude, le schéma de réseau à Gagnoa présentait un profil tout à fait différent des autres localités. En effet, même s'il est indéniable qu'il existe à Gagnoa un nombre important de HSH, ils sont regroupés par petits groupes, des réseaux de très petites tailles, - quelques individus (moins de dix) - qui fonctionnaient de façon isolée, ou au mieux, avaient un seul membre en commun, sans jamais fusionner, et dont les membres d'un réseau ne connaissaient pas, les membres de l'autre réseau.

« Nous sommes cachés. C'est par réseau. On ne se connaît pas nous tous. C'est l'effet boule de neige. Moi je te connais et toi tu connais l'autre qui ne me connaît pas. Si on se connaît c'est que ce n'est pas groupe de six, cinq ou dix si non la communauté même complètement on ne se connaît pas sinon nous sommes beaucoup ici » EIA Gagnoa.

Connaissances, attitudes et perception des HSH

IST et le VIH/Sida

Au cours de notre investigation, il nous a été donné de constater que tous nos enquêtés, en dehors d'en avoir entendu parler, ont une bonne connaissance de l'infection à VIH. En effet, selon eux :

«Bon, pour le VIH/sida comment ça trouve quelqu'un quoi ? Bon ! On peut trouver VIH/sida dans les brosses de dents, les seringues de pique là, on peut avoir le VIH/sida dedans les lames qu'on se coupe les ongles là. On peut trouver le VIH/sida entre l'homosexualité, rapport pour les femmes et les femmes vous pouvez avoir les VIH/sida dedans. Les rapports sexuels avec les femmes mêmes tu peux avoir les VIH/sida dedans. Mais pour dire que VIH/sida il contamine quelqu'un qui est assis comme c'est faux. Même les gens qui sont morts-là, tu peux prendre pour aller enterrer, VIH/sida il ne peut pas te trouver. » EIA, Bouaké »

Il en est de même pour les modes de transmission et de prévention. Cet état de fait est lié aux différentes campagnes effectuées au plan national par le biais d'ONG mais aussi à une large diffusion médiatique sur le VIH/sida depuis plusieurs années. La question du sida n'est donc pas un sujet virtuel ou étranger au champ de connaissances de nos enquêtés.

«Les homosexuels sont plus exposés au VIH, donc raison pour laquelle, ils se sont basés forcément sur la capote et les lubrifiants. » participant 7 focus groupe Grand-Bassam »

Cependant, malgré les avancées indéniables dans la PEC de la pandémie du VIH, la représentation que les participants ont du VIH est dramatiquement négative.

«Si je m'en rends compte que j'ai ça, je vais me tuer. Franchement ! Cette maladie de honte là » EIA, Gagnoa»

«Non, moi je ne me vois pas en train d'entretenir une relation avec une personne positive » EIA Yamoussoukro

Ce sont principalement la voie sexuelle, la voie sanguine qui ont été évoqués comme les principaux canaux de transmission. La fellation et la transmission mère-enfant ont été très peu citées.

« Le VIH c'est quelque chose de très dangereux qu'on peut contracter à tout moment par les voies, par rapport sexuel, par transfusion » EIA Gagnoa »

Quant aux moyens de prévention, le port du préservatif, est revenu comme le principal moyen de prévention du VIH.

« C'est préservatif que moi je prends beaucoup de fois. J'ai peur de maladie, faut pas que Je vais mourir vite, c'est à cause de ça je fais ça. » FG, Yamoussoukro

La réduction des partenaires sexuels, la fidélité, l'usage unique et personnel des objets pouvant blesser (aiguilles, seringues, lames, etc...) sont autant de dispositions classiques que connaissent les enquêtés. De plus, il ressort que le test de dépistage du VIH a été fréquemment cité en tant que mesure de prévention contre le VIH.

« Pour mieux te prévenir, pour bien prévenir cela nous on s'est dit que il faut d'abord connaître son statut sérologique, ou savoir d'abord si tu es infecté ou pas. Donc le test de dépistage et puis après le test de dépistage, prendre des conseils, à côté de ces conseils maintenant il y a l'utilisation des méthodes de préventions comme voilà les préservatifs » EIA Gagnoa »

Toutefois, les informateurs estiment que le préservatif est le moyen le plus fiable et pratique pour éviter à la fois les IST et le VIH/sida

Cependant, il est important de souligner qu'il existe dans la population des HSH rencontrés, de nombreuses idées erronées quant aux mesures à prendre pour ne pas contracter le Sida. Voici les plus récurrentes

- On ne peut pas avoir le VIH par les rapports anaux
- On peut contracter le VIH dans les toilettes publiques
- Les IST se contractent par la non prise de bain après des rapports sexuels.
- L'Ebola, la tuberculose et le paludisme sont des IST

«C'est vrai l'homosexualité existe depuis fort longtemps. Je n'ai jamais appris en sortant avec un homme, on peut avoir le SIDA. » FG, Yamoussoukro »

« « J'avais un peu peur de la maladie. Même si tu ne couches pas avec la personne, mais vous utilisez les mêmes toilettes... » EIA, Gagnoa »

Les IST sont une « porte d'entrée » privilégiée pour le VIH/sida. Ainsi, mesurer le niveau de connaissance des IST était important. Au cours de cette étude, il a été demandé aux HSH de nommer les IST qu'ils connaissaient. Le sida et la gonococcie ont été les IST les plus citées par les participants. Puis vient la chaude pisse. Au-delà de la simple connaissance des IST (le fait d'en avoir entendu parler), la connaissance des symptômes des IST (à l'exception du sida) a été recherchée. Dans l'ensemble, on remarque que les HSH recrutés au cours de notre enquête ont une faible connaissance des IST, car s'ils savent en principe ce qu'est une IST, ils peuvent en citer rarement plus de deux. Les IST le plus souvent cités sont la gonococcie, la chaude-pisse, et très faiblement la syphilis. De manière générale, il ressort que les HSH interviewés reconnaissent plutôt les signes d'IST. Ils reconnaissent plus fréquemment les plaies sur le sexe, les brûlures en urinant et les boutons sur le sexe comme signe manifeste d'une IST. Aussi, l'apparition de boutons et de plaies au niveau de l'anus ont été identifiés comme des IST. Avec eux, les IST, sont généralement désignées par leurs symptômes. Ainsi, les termes ou expressions généralement utilisés par les HSH pour désigner une IST, sont « plaie sur le pénis » ou « plaie dans l'anus » ; « anus qui coule »...

L'examen des entretiens démontre que les mesures de préventions quoique connues par les enquêtés ne transparaissent toujours pas dans leur agir. Des pratiques à haut risque persistent encore. Par définition, ces pratiques à haut risque sont des activités humaines tendant à exposer d'une manière ou d'une autre à des dangers. En matière de VIH/sida, l'on peut imputer les risques certains de contamination à la voie sanguine (utilisation d'objet souillé) et aux comportements sexuels. Dans le cas qui nous intéresse ici, les activités humaines relevées comme pratiques à haut risque d'infection au VIH, sont les suivantes :

- Le multi-partenariat
- La non utilisation du préservatif et du gel lubrifiant lors des rapports sexuels,
- La pratique du commerce du sexe,
- La faible fréquentation des services de santé pour le VIH.

« D'autres parce qu'ils se disent que ils sont un peu, peut être efféminé et quand ils vont arriver là-bas, ils vont automatiquement leur donner une étiquette. donc ils ont peur arrivé ils préfèrent payer les médicaments de rue là, ce que les femmes là vendent dans les rues là ou bien aller payer les écorces au marché pour écraser pour boire, pour se purger. Rare sont ceux qui ont recours à l'hôpital. » EIA Gagnoa

« Ce que je vois, souvent quand tu fais rapport avec ton mec, souvent toi-même tu doutes. Est-ce qu'il a fait son test. Parce que souvent on sort avec beaucoup de partenaires. » FG, Yamoussoukro

Préservatif

Le préservatif et son utilité dans la lutte contre le VIH/sida est très bien connue des participants dans les quatre localités visitées. Partout, il est présenté comme l'outil principal de prévention du VIH. Ils sont disponibles et accessibles physiquement et financièrement dans toutes les localités, mais leur acquisition par les HSH est parfois difficile (rarement), principalement pour les personnes efféminées.

« Quand je fais un effort pour aller en acheter, les gens me regardent. Ils disent: celle-là, elle est venue payer préservatif » (Gagnoa)»

Gel lubrifiant

Dans toutes les localités parcourues durant cette étude, la grande majorité des participants savaient que l'utilisation d'un lubrifiant permet de faciliter la pénétration anale. Ainsi, le principe du lubrifiant est connu des participants dans les quatre localités visitées. Cependant, le niveau d'accessibilité du lubrifiant à base d'eau est variable d'une ville à l'autre. Ainsi, les participants à Yamoussoukro et Bouaké ont déclaré en recevoir gratuitement des services adaptés présents dans la localité.

Ceux de Bassam en reçoivent rarement au niveau local, et viennent à Abidjan pour en avoir gratuitement à la clinique de confiance ou auprès des ONG identitaires, ou ciblant les HS.

A Gagnoa, Même si les gels lubrifiants à base d'eau sont disponibles dans les officines de pharmacies, l'accessibilité est fortement limitée car l'accès à ces officines de pharmacies est fortement stigmatisant. Pis, la seule source d'approvisionnement dédiée au HSH est méconnue par ces derniers.

Dans toutes ces localités, les participants ont déclaré qu'en cas de manque de gel lubrifiant à base d'eau, la salive, le beurre de karité, le blanc d'œuf, la margarine et certaines pommades pour le corps sont souvent utilisés.

L'avantage de l'utilisation du gel a été relevé de façon récurrente non seulement comme un moyen de réduction des risques de transmission, mais aussi des douleurs liées à la pénétration.

Les quelques inconvénients de l'utilisation du gel rapportés font état de démangeaisons et de son caractère trop glissant.

Test de dépistage du VIH

Perception du test de dépistage du VIH

L'importance et la nécessité du test de dépistage n'est plus à démontrer à la communauté des HSH rencontrée lors de l'étude. En effet, il est clairement ressorti que le test de dépistage, était un des éléments clé de la lutte contre le VIH. Les participants dans leur grande majorité l'ont défini comme un moyen de prévention, car, il permet de connaître son statut, afin de mieux se préserver contre la maladie, ou préserver sa santé.

«Quand tu fais ton test tu es sauvé de tout » EIA Gagnoa

«Le dépistage nous donne des avantages sur notre vie du lendemain parce que sans dépistage tu es dans le néant tu ne sais pas si tu es infecté ou pas et le VIH/sida ne trouve pas seulement dans les relations sexuelles.» EIA Bouaké

Obstacles au dépistage

Ainsi, le test de dépistage du VIH est perçu positivement par les populations enquêtées. Seulement la démarche volontaire pour sa réalisation, est ponctuée d'obstacles. Les obstacles les plus souvent évoqués par les participants sont la conséquence de 3 niveaux de réflexion. Ce sont la peur du résultat positif, la crainte de voir son statut sérologique révélé, et la peur de la stigmatisation.

La **peur du résultat positif** constitue le premier obstacle à la démarche volontaire des HSH relevée dans les différentes localités parcourues. Il s'agit de la peur d'être atteint d'une maladie incurable, qui modifiera de manière irréversible notre mode de vie. En effet, la révélation du statut positif au VIH, est imaginée par les participants comme une rupture biographique, un point qui sépare un avant d'un après qui ne sera plus jamais le même. L'avant est alors considéré comme une vie dont il était le principal auteur. L'après est imaginée comme une période illimitée de contrainte et de privation imposé par la maladie, dans laquelle la mort peut subvenir à tout moment.

« Parce que les homos, la plupart ont peur de leur statut. Ils ont peur de faire le test. Parce qu'ils se disent, j'ai tellement roulé que si on me dit que j'ai ça, ça va me rendre encore plus malade » FG, Grand-Bassam

« En fait, il a quand même eu cette peur là ; de se rendre à l'hôpital parce que nous on se moquait de lui. Bon, on se moquait. On disait « djo, tu as le truc là, tu as la tuberculose. Ça fait partir des symptômes de truc. Donc, la peur s'y est installée » EA, Gagnoa

Ensuite, on a la crainte de voir son statut sérologique révélé. Ici, les participants expriment leur doute sur la confidentialité des résultats du dépistage, qu'il s'agisse du dépistage en communauté, dans les structures publiques ou dans les centres adaptés.

« - Par ce que pour eux, quand ils sauront leur statut, les gens vont publier ça dans tout Abidjan et puis eux-mêmes là, ça les déstabilisent du coup, et puis ils vont dire que leur vie s'arrête. » FG, Grand-Bassam

A ces deux premiers niveaux de réflexion, vient s'ajouter une dernière qui elle, se situe au niveau de peur de la stigmatisation. Elle est identifiée à deux niveaux. La première est la stigmatisation en tant que PVVIH de la part de la société en général. Cette stigmatisation viendrait renforcer la première (contre les homosexuels), qui déjà marginalisait cette communauté. Le HSH PVVIH sera alors sujet à une double stigmatisation de la part de la population générale.

« Moi c'est la peur du résultat, la peur d'être rejeté par la société deux fois. Parce que tu es rejeté en tant que homosexuel, en plus tu es rejeté au cas où tu aurais le Sida. Ils vont dire han-han !!! C'est Sida pédéya »

La seconde concerne l'attitude des autres HSH. En effet, un HSH PVVIH est perçu dans la communauté comme la tomate pourrie dans le panier (de tomate), et pourrait être sujet à une seconde marginalisation de la part de ses pairs.

« Dans le milieu, une fois que tu es infecté, dis-toi que tu es seul. Il ne faudrait pas qu'on va se voiler. Parce que le branché, c'est quelqu'un qui aime tout ce qui est joli. On vient dire que non telle personne est infectée, immédiatement tout le monde a peur de lui. Au début, s'il est joli garçon, il n'y a pas de problème parce que souvent il y a des gens qui sont infectés, on ne voit pas ça sur lui. Ça, ils acceptent même si on lui dit, il va aller mettre sa main dans le feu que c'est faux. Mais quand il va commencer présenter les signes, la personne est laissée. D'abord même si vous partez ... Moi, je suppose que j'ai ça, que je t'invite chez moi, et puis je dis, je veux t'embrasser ; Mais il va te dire, m'embrasser ? Avec ta maladie, ça hors de question ! Ça, passe pas. Souvent même, il faut prier Dieu à ce que vraiment il accepte. Même si tu as porté deux préservatifs à ce qu'il t'accepte, souvent ce n'est pas possible. » FG Yamoussoukro

Pratique du dépistage

Tenant compte des données collectées, on peut retenir qu'il y a plusieurs obstacles à cette démarche volontaire de test de VIH. Néanmoins, il est ressorti de ces mêmes données que la majorité des participants avaient déjà fait leur test de dépistage avant l'étude. Cela est lié au fait que les participants associent le dépistage à un moyen de prévention, d'où sa pratique majoritaire.

« J'ai fait mon test de dépistage parce que ma vie me coûte chère et je n'aime pas être malade parce que je me dis que si je suis malade il y a beaucoup de choses que je ne pourrais plus faire. » EIA Bouaké

Perception du service de dépistage par type de structure

Dans les centres de santé publique, cela relève de la chance car l'attitude dépend des perceptions sur l'homosexualité des prestataires en présence. Ici, les participants révèlent que la difficulté d'aller faire le test de dépistage est amplifiée par la crainte de la réaction du prestataire.

Dans les structures identitaires et les centres adaptés, le personnel est accueillant, et les informations sont adaptées à la cible, seulement, les participants craignent pour la confidentialité des résultats.

« En fait ils ne vont pas à la clinique confiance. Ça soyons clair ! Parce que ils se disent à la clinique confiance, tous les gays y sont. Donc pour eux ; si ils sont séropositif, ça sera un manque de... au fait les gans sauront leur statut. » FG, Grand-Bassam. »

Histoires sexuelles et pratiques préventives

Dans cette section sont abordées les expériences sexuelles des HSH interviewés au cours de cette étude ainsi que leurs pratiques préventives face au VIH.

Expériences sexuelles avec les hommes

Les premiers rapports sexuels (principalement anaux) avec un homme se situent entre 14 et 26ans. Certains cas de viol ont été signalés à un âge moins avancé (entre 8 et 12 ans).

Pour la majorité des participants, le premier partenaire était de la même tranche d'âge, même si les partenaires plus âgés (d'environ 10 ans) ont souvent été évoqués. Dans ces cas, il s'agit de personnes d'autorité, ou de référence (membre de la famille, professeur, personne aisée, commerçant...).

«Et il m'a dragué au début je n'ai pas voulu tout ça. Mais il m'a proposé de l'argent.et il me voyait tous les jours, il me proposait de l'argent. Il me donnait un peu d'argent, de quoi me mettre sur moi quoi. Et puis quand je regardais aux problèmes liés à la famille et tout ça, il n'y a pas de père il n'y a pas de mère, on est entre nous jeune et tout ça, je me suis dit que bon, ça ne va pas me tuer quoi ! Si y'a quelqu'un qui veut bien m'aider mais qui veut coucher avec moi, je vais accepter. Et j'ai accepté. Il avait 50 ans, il travaillait à l'ONU » EIA Grand-Bassam

Il s'agit principalement de relation stable, et le premier rapport sexuel est généralement consenti.

« Non on flirtait un peu. Il m'a dit qu'il aimait mes atouts. (...) moi aussi je ressentais quelque chose pour lui. Il m'a dit : est-ce que ça me tentais ? J'ai dit ouais. On s'est donné rendez-vous dans un hôtel. Et dès que je suis arrivé, (..), on a commencé à flirter. On a eu des rapports sexuels.» EIA, Yamoussoukro

La fellation est monnaie courante, car environ quatre participants sur cinq ont déclaré l'avoir déjà pratiquée.

Expériences sexuelles avec les femmes

Pendant l'enquête une proportion importante des enquêtés a déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles avec une femme. A titre d'exemple, à Yamoussoukro et à Bouaké, sur les 40 personnes reçues en entretien individuel dans chaque localité, seulement 3 ont déclaré ne jamais avoir eu de rapport sexuel avec une femme. Mais cette pratique est plus ancrée chez les partenaires actifs "les yossi".

Les passifs considèrent ce genre de rapport sexuel comme du « lesbiennage », c'est-à-dire des rapports sexuels entre deux entités féminines.

Les premiers rapports sexuels avec une femme se situent généralement entre 12 et 23 ans. Les partenaires étaient alors presque toujours moins âgées de quelque année. Les pratiques sexuelles sont alors diversifiées (rapports vaginaux, rapports anaux, rapport oraux).

Les relations sexuelles ou amoureuses avec les femmes par les HSH sont souvent motivées par deux raisons principales, que sont l'attirance sexuelle, et la peur du rejet social.

Attirance sexuelle :

Comme signifier plus haut, une certaine catégorie de HSH, se déclarent aussi attirés sexuellement par les femmes : les bisexuels. Ils entretiennent donc des relations suivies ou non, unique ou multiples avec des femmes.

« J'ai pas perdu l'attirance des femmes en tout cas » EIA, Yamoussoukro

Peur du rejet

La peur du rejet ou peur de la stigmatisation à cause de leur préférence sexuelle pousse certains HSH à entretenir des relations avec des femmes pour s'assurer une certaine couverture, un camouflage destiné à faire passer inaperçu leur vraie identité sexuelle.

«Généralement les yossi, ils fondent leur foyer. Ils appellent ça couverture réseau, pour dire que je suis avec une fille et je peux fonder un foyer mais, à côté de cela j'ai ma woubi à côté. Il y a d'autres aussi woubi pour éviter que la famille parle trop, elle essaye d'avoir leur copine ou bien fondé un foyer. N'empêchent qu'elles ont quelqu'un » EIA, Gagnoa

« Est-ce que tu as une attirance pour les femmes?

Pas trop. J'ai beaucoup une attirance pour les mecs. Pour les filles, c'est comme si je prenais pour me couvrir.» EIA, Yamoussoukro

Commerce du sexe

Au cours de nos entretiens qualitatifs avec les HSH, deux types de commerce du sexe ont été relevés. Le commerce du sexe de type caché, et le commerce du sexe affiché. Le 1^{er} se fait par une mise en relation d'une personne interposée c'est-à-dire une personne issue d'un réseau commun de connaissances. Pour ce type de commerce du sexe, c'est bien souvent la demande qui suscite l'offre.

Ce type de commerce du sexe semble plus présent dans les localités de Grand-Bassam, Bouaké et Yamoussoukro, où le contexte social est relativement plus tolérant que celui de Gagnoa où le phénomène semble moins observé.

En ce qui concerne le second type de commerce du sexe, il se développe dans un contexte de plus affiché, le plus souvent localisé géographiquement, où les prestataires sont sur un site bien défini, et attendent les éventuels clients. Ce type de commerce est généralement développé par les HSH qui se travestissent. Ceci a principalement été rapporté par les participants de Yamoussoukro et Grand-Bassam.

« Je connais beaucoup d'hommes qui font ça. Quelqu'un qui n'est pas ton gars, quand il sort avec toi pour de l'argent, c'est un « bizzzy ». C'est un business au fait c'est ça. Puisque ce n'est pas ton

partenaire titulaire. C'est juste l'argent qui vous lie. Il te paye, il prend son plaisir il s'en va. Donc c'est un « bizzy » EIA, Grand-Bassam

«Ceux qui prennent ça pour en faire leur mangement (travail) là, eux ils s'habillent en travesti, ils s'arrêtent devant l'hôtel Président ici. Les travestis, ils sont devant le PR ici ou bien souvent, c'est ce que j'ai dit là, dans les boîtes de nuit ou bien devant les bars climatisés. Maintenant ceux qui ont leurs petits gars et qui ne vivent pas de ça. Là c'est par appel, coup de fil, ils se donnent rendez-vous, et puis ils se croisent. » IC, Yamoussoukro

Utilisation du préservatif

Comme relevé plus haut, le préservatif est bien connu de notre population. Il a même été cité comme l'outil principal de prévention du VIH. Les motivations liées à son utilisation sont somme toutes, la prévention contre les IST, et le VIH.

« Actuellement il y a beaucoup de maladies comme le VIH SIDA et puis ça se transmet vite par les rapports sexuels c'est pour cela j'utilise les préservatifs. » EIA Bouaké

le préservatif masculin et le préservatif féminin ne sont donc pas inconnus par les participants qui ont même désigné dans leur grande majorité que le type de préservatif le plus utilisé, est le préservatif masculin.

«Je préfère pour les hommes (...) Préservatif masculin quand je dois utiliser. je trouve que c'est plus pratique » EIA Yamoussoukro

L'âge de la première utilisation du préservatif est généralement le même que celui du premier rapport sexuel, mais ces deux premières expériences ne coïncident pas toujours. En effet, bon nombre de participants ont rapporté ne pas avoir utilisé le préservatif à leur premier rapport sexuel qu'il fut avec un homme ou avec une femme.

« Non lui aussi il n'avait pas utilisé ce jour-là de préservatif c'est après ça quand j'ai décidé d'arrêter maintenant.... Avec la première fille aussi, je n'avais pas utilisé les préservatifs, c'est avec la deuxième après avoir entendu parler de ça et j'ai commencé à utiliser» EIA Gagnoa

Les raisons de la non utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel sont l'ignorance et la précocité de l'âge qu'avait le participant à ce moment.

Avant je ne me faisais pas une idée sur les différentes maladies qu'on rencontrait après les rapports sexuels. Je m'en foutais au fait. Il y'a une ONG à institut Vivo Energie, c'est à la grande gare. Une fois ils ont fait une journée porte ouverte. Ils m'ont dit : il y'avait une maladie, qu'on appelait le VIH. J'ai été sensibilisé. C'est après ça que je suis revenu à la raison et je me suis dit que si je n'avais pas encore chopé cette maladie, c'est que c'était une chance. Donc à la suite c'est là je suis devenu très stricte pour le port du préservatif. IA Yamoussoukro

« La 1ère fois, je ne vais pas te mentir, je n'ai pas utilisé le préservatif, quand j'ai pris conscience, c'est en classe de 3ème, dans le courant de 2003, 2004, et depuis lors, je fais l'effort de régulièrement utiliser le préservatif. » EIA, Yamoussoukro

Mais en général, les circonstances et les raisons de la non utilisation de préservatif sont toutes autres. Ainsi ont été évoqués, la précipitation, l'oubli, indisponibilité à un moment du rapport...

« Quand je suis trop excité. Il n'y a pas temps pour utiliser le préservatif. Dès qu'il est loin là-bas, le temps de partir, je vois que c'est... il n'y a pas temps donc en même temps » EIA Gagnoa

« On n'avait pas prévu ça, on n'avait pas pensé à ça même, donc on n'a pas acheté. On est sorti, aller au bar on est rentré très très soulés. Le lendemain on s'est réveillé tous deux nus,... Donc là là on ne s'est pas protégé » EIA Gagnoa

Les préservatifs sont utilisés tant avec les femmes qu'avec les hommes, et la logique des différences dans l'usage de préservatif dans les rapports avec les hommes et les femmes, varient d'un individu à l'autre, selon, l'identité sexuel du participant, le type de partenaire auquel allusion est faite.

« Parce qu'elles évitent de tomber enceinte. » EIA Yamoussoukro

« Oui j'utilise avec elles, sauf ma titulaire (la principale). Parce que à chaque fois je veux utiliser, elle me dit : « tu n'as pas confiance en moi ! » elle, c'est pas trop ça. » EIA, Yamoussoukro

Utilisation du gel lubrifiant

Durant cette étude, il a été relevé que dans toutes les localités, la grande majorité des participants connaissent le gel lubrifiant, mais la fréquence de son utilisation et son accessibilité varie nettement d'une localité à l'autre. A Bouaké et à Yamoussoukro, hormis quelques participants qui ont avoué ne pas connaître le gel lubrifiant, la quasi-totalité de ceux qui le connaissent déclarent l'utiliser régulièrement et n'ont aucune difficulté à s'en procurer dans les structures adaptées que sont RSB et ASAPSU.

« Actuellement nous n'avons pas de difficulté pour nous procurer de lubrifiant puisque souvent quand j'ai des malaises, je vais au centre (RSB) j'en parle avec le docteur et en partant il me donne des préservatifs et des lubrifiants. EIA Bouaké

Et c'est principalement avec leurs partenaires masculins que les participants ont déclaré utiliser le gel lubrifiant, et ceux essentiellement lors des rapports anaux. Si les participants quel que soit leur niveau d'accessibilité, adhèrent ainsi à l'idée du gel lubrifiant, c'est par ce qu'ils perçoivent son importance et son utilité. Selon eux, le gel lubrifiant est prisé car il facilite nettement la pénétration anale et évite les déchirures.

« Ça rend encore plus facile, plus excitant. Et puis ça fait qu'après le rapport, tout le monde est satisfait. Personne ne se plaint de douleur !!! J'ai mal. Ça évite aussi les déchirures » EIA Grand-Bassam

« Avant sans lubrifiant, quand tu avais des rapports, c'était un peu compliqué. Il se tordait de douleurs, tout ça. Et puis sans lubrifiant, c'est un peu compliqué aussi parce que tu risques de casser le préservatif. Mais avec le lubrifiant, c'est un peu plus facile, ça facilite la pénétration et autres » EIA Grand-Bassam

Violences, stigmatisation et discrimination

La violence, la stigmatisation et la discrimination envers les HSH sont une réalité quotidienne vécue par les HSH en général et décrite ici par nos participants. Les HSH les plus exposés aux différentes formes de violences et de stigmatisation, sont les personnes efféminées, et les travestis par ce qu'ils sont les plus faciles à reconnaître par la population.

Typologie de la violence à l'encontre des HSH

L'analyse des données recueillies lors de l'étude, a permis de faire la typologie de cas de violences envers les HSH.

Violence physique

Elle est perpétrée principalement par des personnes inconnues et est toujours précédée par la provocation, les injures. Elle a lieu principalement dans la rue et les espaces publics. Les agresseurs sont toujours nombreux (plus d'une personne).

« J'ai traversé trop d'embuches. J'ai souffert dans ma chair même. Te frapper jusqu'à te déshabiller à poil à Abidjan. J'ai plusieurs fois été agressé à Daloa. Souvent on te lapide, Daloa et Abidjan, même à Gagnoa. J'ai été 3 fois brutalisé. Ils ont pris tous mes portables, ils m'ont frappé, me déshabiller vraiment c'est..... On souffre dans notre chair quoi ! Mais nous sommes impuissants.» EIA, Gagnoa

Violence verbale

Elle se manifeste par la provocation, les injures, les menaces. Elle a pour objectif l'humiliation, la frustration, l'intimidation. Les auteurs sont des membres de la famille, les proches, les inconnus, les personnes d'autorité (prestataires de soins et services)

« Franchement, tu n'arrives même pas à mettre le nez dehors juste même pour aller peut être à la boutique de peur de se faire insulter » FG Yamoussoukro

Violence psychologique

Elle se manifeste par le chantage et le harcèlement. Elle a pour objectif la soumission de la personne. La personne harcelée est souvent contrainte à des rapports sexuels réguliers, ou victime de racket. Les auteurs sont des membres de la famille, les personnes de l'entourage, des pseudo-HSH, ou d'autres HSH.

« Ils ont fait du chantage, par rapport à ta sexualité ?

- Waaaa quelle question ! Je suis victime de ça.... » EIA, Grand-Bassam

Violence sexuelle

Les abus sexuels recensés au fil des entretiens sont de trois (3) types:

Les viols jouissifs qui ont pour objectif la satisfaction de la libido de l'agresseur, qui est généralement une personne inconnue.

« Y'avait un jeune dans mon quartier, (...). Il couchait avec moi chaque fois, il couchait avec moi. A chaque fois que il me voit, il me prend. » EIA Grand-Bassam

Les viols correctifs prétendent punir et humilier les HSH à cause de leur pratique. Les agresseurs sont multiples, et sont principalement des personnes "homophobes" et des forces de l'ordre.

« D'après eux même, ils raflent (...) Ils vous ramassent et après arrivé dans un coin là, ils descendent et puis bon chacun se sert quoi ! Ils finissent de vous agresser, ils couchent avec vous et puis vous leur payer des droits. (...) mais vous payer telle somme et on vous laisse après avoir fini d'abuser de vous. » EIA Grand-Bassam

Les abus sexuels tolérés, sont généralement initiatiques, et sont considérés comme révélateur de l'identité homosexuelle. Les auteurs sont des membres de la famille, les personnes de l'entourage, des pseudo-HSH, ou d'autres HSH.

« ... Mais vu le bien et puis l'amour qu'il manifestait à mon égard je me sentais vraiment obligé. J'ai dit oui, mais ce n'était pas du fond du cœur. C'est un peu, un peu. Au début je ne me laissais pas faire parce que je ne le faisais pas parce que j'aimais ça, mais c'est au fur et à mesure que j'ai appris à aimer la chose » EIA Yamoussoukro

Stigmatisation et discrimination

Dans la société, la stigmatisation et la discrimination s'observe à plusieurs niveaux.

Au niveau familial

Dans l'environnement familial, la stigmatisation et discrimination s'observe à plusieurs niveaux. Il s'agit de :

- la manifestation du dégoût et de la honte,
- le rejet de la cellule familiale

- l'exclusion

Le principal instigateur de cette stigmatisation, est la figure parentale. Cette situation a été rapportée dans chacune des localités.

« Aux yeux de mes parents, ça sera une insulte en tant que un Africain, de mettre un garçon au monde et être avec un autre garçon (bis). C'est vraiment, en tant qu'Africain, ça déshonore la famille, donc on ne peut pas vraiment leur dire ce qu'on fait parce que c'est... ils vont nous renier, nous rejeter donc c'est difficile » FG, Gagnoa

C'est arrivé un moment même, ma maman m'a chassé même de la maison même. Donc, j'étais obligé d'aller demander pardon » EIA, Grand-Bassam

Stigmatisation et discrimination par le personnel de santé

Il est à noter qu'aucun cas de déni de soins par un personnel de santé n'a été signalé par les HSH au cours des entretiens réalisés. Seulement, l'attitude des prestataires face aux homosexuels, créé un obstacle, une barrière aux recours aux soins, ou du moins à la fréquentation des services de santé.

« Ça là dépassé parce que vu mon âge il a dit que non, ce n'était pas possible qu'un enfant devait se donner déjà à ces choses. Il a parlé d'abord, il n'a même pas voulu me soigner, pour finir il a fait les soins et conseils »

Cadre sécuritaire

Le contexte sécuritaire n'est guère serein en ce qui concerne les HSH. En effet, et selon eux, ils sont victimes de fréquentes agressions par la population générale du fait de leur orientation sexuelle. Les menaces, et autres traumatismes psychologiques sont leur lot quotidien.

« Les efféminés sont très-très mal vus, donc ce qui fait que d'autres ont l'idée même de les abattre, de les tuer en les voyant circuler dans les rues ».

De plus, les recours à la police sont généralement sans suite, car une fois leur orientation sexuelle révélée, s'affiche alors le déni de protection civile. Cette situation a été relevée dans toutes les localités de l'étude. En effet les participants ont décrié la passivité des forces de police devant leurs plaintes pour agression.

« Arrivé à la police ils m'ont chassé. Toi garçon tu te transforme en femme. Il faut quitter ici. Si vous voulez tuer le ». EIA, Gagnoa

« ... le temps de quitter à l'hôpital tout ça, arrivé là-bas là, les policiers ont déjà libéré les gens. Juste parce qu'ils sont allés dire que c'est pédé on a frappé. Voilà une preuve de violence où y a pas eu de suite. » IC Grand-Bassam

Pratiques de soins et itinéraires thérapeutiques

Itinéraires thérapeutiques

« Ça dépend de ta maladie parce qu'il y a la honte aussi. Par exemple, si tu as l'anus qui coule, que tu vas à l'hôpital ils vont te dévisager. Donc, au lieu d'aller à l'hôpital c'est mieux de faire indigénat »

Dans les localités visitées, l'itinéraire thérapeutique diffère en fonction du mal observé. Ainsi:

A Yamoussoukro, peu de HSH fréquentent les services de soins publics. Ils ont recours:

- Aux cliniques privées,
- Aux ONG (ASAPSU et RSB),
- A la médecine ou aux médicaments chinois,
- Ou alors ils vont directement en pharmacie pour expliquer leur mal et prendre le traitement adéquat.

A Bouaké :

- Les HSH fréquentent les structures de soins publics principalement pour les affections courantes, non liées à leurs pratiques sexuelles
- Les IST sont prises en charge principalement par le canal de l'automédication ou sur recommandation d'amis ayant eu les mêmes symptômes.
- Le recours aux médicaments traditionnels est très fréquent surtout pour ce qui est des affections proctologiques.

A Gagnoa :

- Le recours aux structures de soins modernes a lieu seulement dans le cadre de la médecine générale
- la majorité des HSH ont recours à la médecine traditionnelle pour leurs affections liées au sexe.

A Grand-Bassam :

- Peu de HSH résidant à Bassam fréquentent les services de santé de la localité.
- la majorité des structures fréquentées sont en dehors de Bassam. (espace confiance, Centre Plus).
- Recours aux autres structures de soins privées ou publiques à Abidjan telles que le CHU de Treichville, l'hôpital de Gonzagueville etc.

Accessibilité aux services de prise en charge des IST et du VIH/sida

Révélation de la pratique sexuelle au prestataire de santé

Dans l'ensemble, la plupart des HSH interviewés n'ont jamais révélé leur orientation sexuelle aux prestataires de santé. Ce statut avait été partagé de façon limitée avec les seuls prestataires des structures adaptées comme la Clinique de Confiance.

« Au fait la clinique a été faite pour nous. Donc eux même en allant travailler là-bas, ils savent que c'est avec les hommes comme ça ils s'en vont travailler. Donc nous aussi là quand on va, on est à l'aise. Ah docteur hier j'ai fait l'amour, j'ai eu un petit problème. Je ne me gêne même pas même devant lui. Tu vois non ? Donc au fait c'est ça. Je ne peux pas aller dévoiler ma sexualité à quelqu'un. Non ! Non ! non je ne peux pas. » EIA Grand-Bassam»

Les HSH ne révélaient pas leur pratique sexuelle aux prestataires de santé parce qu'ils estimaient qu'elle était « mal vue ». Ils ont décrit la peur d'être stigmatisée, la honte ou la gêne d'en parler. Certains participants ont estimé qu'ils ne partageaient pas cette information avec le prestataire de santé pour la simple raison que la question de l'orientation sexuelle ne leur était jamais posée ou ne concernait uniquement leur vie privée.

Obstacles aux soins

Les obstacles à l'accès aux services de prise en charge médicale rencontrés par les HSH des différentes localités se résument principalement en deux points : que sont la peur de la stigmatisation, et le coût de la prise en charge. Il est important de relever que plus spécifiquement, ce sont les HSH efféminés et les passifs qui refusent d'aller à l'hôpital, quel que soit le mal, et préfèrent utiliser les médicaments traditionnels.

Peur de la stigmatisation

Elle se manifeste principalement par la peur d'être objet d'humiliation, de rejet, de moqueries, ou de frustrations venant de l'environnement médical (Prestataires, ou clients). Cette peur de la stigmatisation en milieu médical a été décelée dans toutes les localités parcourues.

« Bon, je crois que l'hôpital général existe mais on ne peut pas vraiment (rire) dire ce que nous avons comme mal parce que, je donne l'exemple, je ne peux pas aller à l'hôpital voir un médecin pour lui dire que « ha ! Mon anus heu...j'ai un problème à l'anus » jusqu'à il va accepter de, de, d'examiner là-bas. Je, je (rire) moi-même déjà j'ai une peur au ventre »

Les difficultés principales sont de voir son identité sexuelle révélée, et d'essuyer un affront de ce fait.

Les conséquences de cette peur de la stigmatisation en milieu médical sont que les HSH n'ont plus ou ont moins recours aux services publics, ou s'ils y vont, ils n'arrivent pas à révéler clairement leur vrai mal.

« Je pense que c'est la peur d'être stigmatisé. On ressent une gêne par rapport au refus de l'autre face à notre condition d'homosexuel. Généralement comme on est rejeté, on a honte d'exprimer ou de dire vraiment notre mal à ceux qui ne sont pas dans notre milieu ».

Coût de la prise en charge.

La population des HSH rencontrée lors de cette étude est majoritairement jeune, et encore sous tutelle. De ce fait, ils sont dépendant financièrement, et le recours aux soins ne peut se faire qu'avec l'appui de la tutelle, ce qui devient délicat quand il s'agit des affections liées à la pratique sexuelle.

Connaissance et Utilisation des services adaptés

Les services spécifiques, sont des centres de soins dédiés aux HSH, dans lesquels sont fournies des services de PEC des affections liées à la santé reproductive. Cette étude avait pour but d'évaluer ces services en mesurant le degré de satisfaction des HSH qui les fréquentent. Il s'en suit que, lorsqu'ils sont connus, ces centres de soins dédiés font le bonheur des HSH.

« Malgré qu'on sait que, bon, ce que nous faisons même là, ce ne sont pas des bonnes choses, mais malgré ça même quand on arrive là-bas (ASAPSU), eux ils s'occupent bien de nous en tout cas! »

« A la clinique (Clinique de Confiance), tu es libre de faire.... En tout cas, tu te mets à l'aise, tu te gênes pas. Le docteur te soigne, il t'examine ».

Seulement, il se trouve que la disponibilité et l'accessibilité à ces centres varie d'une localité à l'autre.

Ainsi, il est ressorti lors des entretiens à Grand-Bassam, qu'il n'existe pas dans la localité ce type de structure. Ainsi, les HSH qui y résident ont recours aux structures adaptées à Abidjan.

A Gagnoa par contre, la situation est tout autre, car il existe bien un centre gay-friendly dans la localité. Seulement sa méconnaissance par les HSH de la localité, inhibe sa fréquentation. En effet, l'ONG Fromager (centre dédié de Gagnoa) n'a été citée que dans 11 % des entretiens avec HSH de la localité.

Yamoussoukro, l'ONG ASAPSU a été citée dans 72 % des entretiens et RSB dans 57 %. Cependant, une frange non majoritaire mais non négligeable des HSH ne sait pas, ou n'en a jamais entendu parler, ou encore pense que cela n'existe pas

A Bouaké, l'ONG RSB, a été citée comme structure de PEC médical des HSH dans la majorité (92 % 50/54) des entretiens réalisés dans la localité.

Cartographie des services de santé

Cadre général

Dans le cadre de la réponse nationale au VIH, le gouvernement ivoirien facilite avec le soutien des partenaires financiers (PEPFAR, fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, etc.), la disponibilité des services de prévention et de prise en charge du VIH. Ces interventions se font à travers des structures publiques (centres de santé, hôpitaux, centres hospitaliers et universitaires), des ONG et des structures privées ou confessionnelles.

Les services de prévention sont fournis principalement par des ONG locales et portent sur la communication pour le changement de comportement, l'éducation par les pairs, la distribution de préservatifs, le conseil et dépistage volontaire, etc. Quant à la prise en charge, elle est principalement assurée par les services publics et portent sur la prise en charge rétrovirale, l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, le comptage des CD4, etc.

Actuellement, deux projets ciblent les populations clés en CI. L'un, soutenu financièrement par le PEPFAR et techniquement par Heartland Alliance (projet IMPACT-CI) est implémenté dans différentes localités du pays (Abidjan, Abengourou, Bouaké, Gagnoa, Man, Daloa, Guiglo, Yamoussoukro, Bondoukou, Daoukro, Agnibilekrou, Anyama, Dabou, Issia, Soubré, Sinfra, Bouaflé, Katiola, San Pedro) avec pour partenaires de mise en œuvre des ONG et des OBC locales. L'autre, soutenu financièrement par le fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose est implémenté dans les villes d'Adzopé, Agboville, Alépé, Bonoua, Danané, Divo, Adiaké, Biankouma, Bangolo, Diarabana, Séguéla, Kani, Korhogo, Boundiali, Toulepleu à travers des ONG locales pour la prévention et des centres de santé publics pour la prise en charge médicale des IST.

Vue d'ensemble

Tous les services de santé (prévention et prise en charge du VIH, tests de laboratoire) cités par les PS et les HSH au cours de la phase de collecte de données qualitatives ont été visités. Les services qui n'ont pu être retrouvés ont été supprimés. Un total de 50 services a été retrouvé et cartographiés.

Parmi ces services, 86 % recevaient la population générale, 2 % recevaient exclusivement les PS et 2 % exclusivement les HSH. Les hôpitaux et les centres de santé publics représentaient 38,8 % des structures offrant des services de santé aux PS et aux HSH pendant que les ONG/OBC et les centres de santé communautaires représentaient 34,7 % et 10,3 % respectivement. La principale source de financement de ces services est le gouvernement ivoirien (22%), le PEPFAR (20 %) et le fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (10 %).

L'éducation par les pairs est dispensée par un peu plus de la moitié des services cartographiés (51 %). Une grande majorité de ces services dispose d'affiches et de dépliants sur le VIH (80 %), et organise des causeries éducatives (86 %). Le conseil et le dépistage volontaire est offert dans la quasi-totalité des services (96 %). Le conseil et le

dépistage spécialisé pour les PS et les HSH est effectué par 28 % des services. La distribution gratuite des préservatifs masculins est disponible dans 78 % des services pendant que la distribution gratuite des préservatifs féminins est faite dans 22 % de ceux-ci. Le traitement des IST est offert dans 78 % des services de santé. La planification familiale et la PTME sont aussi disponibles respectivement dans 70 % et 52 % des services cartographiés.

Les services de prise en charge médicale adaptés pour les PS et les HSH représentent 22 % des services. La prise en charge ARV est effectuée dans 82 % des services de santé utilisés par les PS et les HSH. Mais seulement 34 % l'offraient spécifiquement aux PS et aux HSH. Les PVVIH bénéficient de services hospitaliers dans 46 % des centres de santé. Les groupes de soutien et le soutien nutritionnel sont disponibles dans respectivement 63,3 % et 62 % des services.

Évaluation des services de santé.

Les services de santé cartographiés dans les villes d'Abidjan, Bouaké, Gagnoa, Grand-Bassam et Yamoussoukro sont au nombre de cinquante (50). Des registres sont disponibles dans 86 % des services. Ces registres ont permis un enregistrement de 2 586,7 personnes en moyenne et avec un nombre de visiteurs moyen par jour de 34,7 personnes. La moitié (50 %) des services cartographiés ne reçoit pas de HSH et le tiers (36,2 %) ne recevait pas les PS. Ces services sont ouverts en moyenne 5,5 jours/semaine. Parmi ceux-ci, 30 % sont ouverts au moins un jour par semaine après 18h. Plus de la moitié (68 %) organisait des séances de sensibilisation dans la communauté.

Des rapports d'activités ont été observés dans 24 % des structures visitées et 21 % de ces services ne produisent pas de rapports annuels. Près de la moitié des services (46,9 %) dispose d'une procédure visible d'évaluation des services offerts. Des frais sont demandés aux clients dans ces différents services. Ils portaient sur l'adhésion (6 %), la consultation (23,9 %), les médicaments (6 %), les examens de laboratoire (15,2 %). Ces prix sont affichés dans 25,5 % des services.

Le personnel médical (médecins) et paramédical (infirmiers, assistants sociaux) est le plus souvent salarié à la différence des agents communautaires et pairs éducateurs qui sont des volontaires. Seulement dans 26 % des services cartographiés, tout le personnel ou presque a été formé à la prise en charge spécifique des PC.

Les préservatifs sont déjà distribués dans 57,1 % des centres visités. Les ruptures de préservatifs sont fréquentes dans ces services. Seulement 44 % de ces services disposaient toujours de préservatifs. Le jour de l'entretien, 26 % n'avaient pas de stocks de préservatifs masculins et 58 % de préservatifs féminins disponibles. Le nombre maximum moyen de préservatifs masculins distribués par personne/jour est de 8,9 et de 1,5 pour les préservatifs féminins. Celui de gel lubrifiant est de 2,4.

Dans les services visités, une moyenne de 22,2 tests de dépistage au profit des PS et des HSH avaient été effectués. Des ruptures de stocks ont été signalées dans 19 % des centres offrant la prise en charge ARV.

DISCUSSION

Professionnelles du sexe

Prévalence du VIH

La majorité des participantes était jeune (moins de 30 ans), ivoirienne, et célibataire. Sur l'échantillon de l'étude, 11 % (n= 50) vivaient avec le VIH, pendant que l'estimation RDS de la prévalence du VIH dans la communauté des PS du district d'Abidjan est de 11,4 %. Cette prévalence est deux (02) fois plus élevée que la prévalence dans la population générale des femmes de 15-49 ans de la ville d'Abidjan (4,6 %) (UNGASS, 2014). La dernière étude qui a estimé la prévalence du VIH chez les PS femmes à Abidjan (données collectées en 2007) avait trouvé une prévalence du VIH de 26,6 % dans l'échantillon (Vuylsteke et al., 2012). Cette grande différence dans la prévalence du VIH chez les PSF entre les deux (02) études peut être partiellement expliquée par les méthodes utilisées. Pour l'étude de Vuylsteke, l'échantillonnage a été fait parmi les PS reçues dans les services adaptés dans le cadre de la prise en charge médicale (Clinique de Confiance et centre médical CAMES). Dans cette présente étude, la méthode d'échantillonnage avait une plus grande base de sondage, et ne ciblait pas que les PS utilisant les services de santé.

L'intervalle de sept (07) années entre les deux (02) études et la méthode utilisée (RDS) dans cette étude impliquent une nouvelle et une plus grande cohorte de femmes qui répondaient aux critères d'éligibilité, en comparaison à l'étude de Vuylsteke, 2007. Ceci pourrait expliquer partiellement la prévalence observée dans la population de PS à Abidjan.

La différence de la prévalence du VIH entre ces deux études pourrait aussi s'expliquer par les résultats des entretiens qualitatifs. En effet, des PS et des informateurs clés ont été interrogés sur les changements intervenus dans le commerce du sexe du fait de la crise post-électorale de 2010-2011. Premièrement, l'inaccessibilité aux traitements en raison des pénuries en médicaments au niveau national et la baisse du pouvoir d'achat des PS lors de la crise socio-politique fournirait davantage d'indice en faveur de l'hypothèse selon laquelle la crise aurait causée de façon indirecte le décès d'un grand nombre de PS vivant avec le VIH.

Deuxièmement, les déplacements qui s'en sont suivis ont pu modifier la population de PS à Abidjan de façon significative. Selon une étude (PUMLS et al., 2012) réalisée après la crise post-électorale de 2010-2011, 8,6 % des PSF d'Abidjan ont déclaré avoir commencé le travail du sexe suite aux différentes crises (2002 ou 2010-2011). Les motivations incluaient : l'augmentation du coût de la vie, la perte d'un emploi, et la perte des parents. Dans la présente étude, certaines femmes ont expliqué que les déplacements ont occasionné un afflux de femmes dans la ville d'Abidjan, plus particulièrement de jeunes femmes qui n'avaient plus de soutiens. Comme l'ont montré d'autres études, la prévalence du VIH augmente avec l'âge chez les PS.

Bien qu'il soit difficile d'identifier tous les facteurs expliquant la faible prévalence du VIH trouvée dans cette étude comparativement à celle de 2007 chez les PSF à Abidjan, les méthodes d'échantillonnage, les effets de la crise socio-politique, les périodes de collecte de données permettent de donner un aperçu sur les causes possibles.

Variables agissant sur la prévalence du VIH

Les PS dépistées positives au VIH au cours de cette étude avaient au moins 30 ans (72 %), et étaient de nationalité ivoirienne (90 %), divorcées ou séparées (22 % de celles vivant avec le VIH et 13,8 % du total des participantes), et veuves (8 % des PS vivant avec le VIH et contre 3,9 % du total des participantes). Ces résultats sont cohérents avec d'autres données de la région qui indiquent que les femmes âgées et les femmes qui ont été déjà mariées ont un risque plus élevé d'infection du VIH (Papworth et al., 2014).

Chez les PS vivant avec le VIH, 85,5 % ont indiqué qu'elles avaient déjà été testées pour le VIH avant cette étude, parmi lesquelles 32,4 % avaient été informées de leur statut positif pour le VIH par un professionnel de la santé. Les difficultés de compréhension des résultats ont été décrites comme un obstacle majeur au dépistage de VIH et des IST. De ce qui précède, il ressort un besoin impérieux d'assurer une communication claire des résultats du dépistage tout en faisant le lien avec les services de prise en charge ARV, et la nécessité d'un post test axé sur la réduction des risques pour les personnes séronégatives comme séropositives.

Cette étude a permis de mettre en évidence, que le faible niveau de connaissance des risques rimait avec un degré élevé de comportements sexuels à risques chez les PSF, en particulier pour celles vivant avec le VIH. En effet, 64% des PSF vivant avec le VIH n'avaient pas achevés le cycle primaire. Elles (51,3 %) avaient aussi en comparaison à l'ensemble des participantes (45,9 %) acceptées la proposition d'avoir des rapports sexuels non protégés contre un gain financier plus important. De plus 38% des PS vivant avec le VIH n'avaient jamais utilisé le lubrifiant lors d'une relation sexuelle. Ces résultats montrent l'importance de la scolarisation des jeunes filles.

L'utilisation du préservatif variait selon le type de partenaire dans la population d'étude. Plus de 80% des PS ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport vaginal ou anal avec un client régulier (81,8 %) et un nouveau client (87,3 %), mais seulement 13,3 % des participantes rapportaient l'utiliser avec un partenaire non-payant. De plus 63,4 % des PS ont indiqué qu'il était difficile d'insister sur l'utilisation du préservatif avec un partenaire non-payant. La raison la plus souvent rapportée pour ne pas utiliser de préservatif avec un partenaire non-payant était que le préservatif n'était pas nécessaires (89,1 %). Cela est conforme aux autres études menées en direction des PS qui montrent nettement la difficulté de la négociation des préservatifs avec les partenaires non-payants (Layer et al., 2014; Wirtz et al., 2014).

Ces résultats montrent qu'en termes de négociation et d'utilisation du préservatif, les relations sexuelles avec les partenaires non-payants comportent le plus de risque de contracter et de transmettre le VIH chez les PS. Ceci a des implications importantes sur les stratégies de prévention du VIH, qui doivent prendre en compte le fait que les PS sont impliquées dans plusieurs types de relations, avec des besoins différents en matière de santé sexuelle et reproductive. Les programmes de planification familiale intégrés dans les programmes de lutte contre le VIH en direction des PS devrait traiter des méthodes de contraception de non-barrière et de barrière comme une stratégie de double protection contre les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non-désirées.

Révélation du statut de PS et santé communautaire

Il est impératif de réaliser l'objectif de la suppression virale communautaire en atteignant les personnes vivant avec le VIH qui ne savent pas leur statut, par le dépistage, le diagnostic, et le continuum des soins (Beyrer, Baral, et al., 2011). Une étude récente en Afrique du Sud a réaffirmé cette approche, en montrant que l'incidence du VIH est réduite par la couverture adéquate en ARV au niveau de la communauté (Tanser, Barnighausen, Grapsa, Zaidi, & Newell, 2013). Les efforts pour comprendre l'accès des PS aux services de santé sont particulièrement pertinent afin que celles-ci ne portent pas une charge plus grande de la maladie comparativement à d'autres femmes, mais aussi pour réduire les barrières à l'accès aux services et aux soins du VIH.

Les PS ont faiblement partagée leur statut avec un membre de leur famille (24 %) ou un professionnel de la santé (35 %). La raison principale souvent rapportée lors des entretiens a été la stigmatisation et la discrimination. La stigmatisation et la discrimination réduisent fortement le partage du statut de PS et l'accès aux services de santé. Ces résultats sont étayés par des études antérieures sur les obstacles à l'accès aux services de santé au niveau communautaire parmi les PS (Papworth et al., 2013).

La méthode RDS a estimé à 80,7 % la proportion de PS d'Abidjan ayant été déjà testés pour le VIH, mais cela n'est pas nécessairement une indication de l'utilisation régulière des services de santé. Des efforts sont encore nécessaires afin de s'assurer que les PSF restent connectées aux services de dépistage pour assurer la détection précoce des nouvelles infections à VIH. Ces estimations montrent également qu'environ la moitié des PSF a déjà participé à une réunion axée sur la prévention du VIH ciblant les PS. Environ 5 % des PS sont membres d'un groupe de soutien, tandis que 63,3 % des sites disposaient de groupes de soutien. Ces constatations montrent la nécessité de développer des messages spécifiques de prévention et renforcer les capacités des acteurs communautaires afin d'améliorer l'accès aux services de santé et la détection précoce de nouveaux cas de VIH. Dans d'autres contextes, des groupes communautaires ont agi comme travailleurs sociaux et volontaires de santé pour favoriser le conseil et dépistage du VIH, fournir un soutien psychologique et social aux membres de la communauté vivant avec le VIH, et accompagner les individus aux centres de soins et de traitement.

Accès aux services de traitement du VIH et suppression virale

Les résultats de la cartographie montrent que 82 % des services de santé ont fourni le traitement ARV aux PVVIH et 34 % l'ont fourni spécifiquement aux populations clés. Cependant, 46,3 % des sites qui fournissent des soins de traitements ARV ont signalés des ruptures de stock au cours des 12 derniers mois qui ont précédé l'enquête. La fréquence de ces pénuries en ARV indique qu'il y a un écart important entre les soins actuels et les besoins en ARV pour des populations ayant une lourde charge virale. Lorsque des PVVIH sont mise sous traitement ARV et qu'elles ne peuvent pas le continuer à cause des stocks limités en médicaments dans le pays, plusieurs résultats potentiels peuvent se produire, notamment la pharmacorésistance aux ARV, l'augmentation de la charge virale individuelle, causant une augmentation de la capacité personnelle à transmettre le virus à leurs partenaires sexuels si la protection appropriée n'est pas utilisée.

L'adhésion aux ARV est ressortie comme un problème pour certaines PS. Les entretiens ont permis de mettre en évidence des oublis dans la prise régulière des ARV, des difficultés dans la compréhension des résultats du dépistage du VIH et du comptage des CD4, ce qui pourrait également indiquer l'existence de problèmes communs lors des consultations médicales de prise en charge ARV. En effet, les différents motifs d'arrêt de la prise des ARV ont tous été consécutifs aux effets secondaires des médicaments. Devant les problèmes d'adhésion aux ARV, les insuffisances dans la dispensation des services de santé (post test, consultation d'observance) et l'irrégularité du suivi médical, la suppression virale chez les PS à Abidjan devient incomplète. Le taux de transmission du VIH au sein de cette population pourrait donc croître si des mesures correctrices ne sont pas prises.

Expériences de violences

Les résultats de cette étude montrent que les PS sont l'objet de façon régulières de violences qu'elles soient sexuelles, verbales ou physiques. En effet, environ un quart de PS à Abidjan a été harcelé ou intimidé par la police, un tiers a été forcé à avoir des rapports sexuels, et un peu moins de la moitié a subi des agressions physiques. Ces résultats mettent en évidence une grande vulnérabilité de cette population et un besoin important en matière de lutte contre les Violences Basées sur le Genre (VBG). Il est donc nécessaire d'adapter le dépistage du VIH, la prophylaxie post-exposition, les services de conseil et de soutien juridique pour cette population afin d'offrir une prise en charge adaptée et la protection contre les violences.

VIH, santé sexuelle et reproductive et intégration des services

Cette étude a révélé qu'environ 78,2 % des PS à Abidjan utilisent au moins une forme de contraception, et que 68,8 % ont relevé qu'il était important pour elles de ne pas tomber prématurément enceinte. Malgré le nombre élevé de PS qui utilisent une méthode contraceptive, les entretiens ont permis de mettre en lumière les idées erronées qui entourent la contraception en général et la contraception hormonale en particulier. Les participantes à ces entretiens ont décrit la crainte de la stérilité qui serait liée à l'utilisation des contraceptifs hormonaux et l'utilisation de remèdes dangereux tels que la nivaquine et le vinaigre comme produits abortifs. Ces idées erronées qui entourent les contraceptifs montrent que certaines PS n'obtiennent pas les informations sur les contraceptifs et leurs contraceptifs à travers les services de santé reflétant ainsi des problèmes d'accès aux soins. Cette hypothèse est renforcée par le fait qu'environ trois-quarts (78 %) de la population de l'étude a déclaré avoir eu une grossesse non-planifiée, 72,2 % avaient fait au moins un avortement et 45,3 % avaient fait cet avortement à domicile. Ces constatations signalent un besoin non satisfait en services de planification familiale.

Cette étude montre également que près de trois-quarts des PS (71,5 %) a au moins un enfant, et un peu plus du tiers (35,8 %) a eu cet enfant avant l'âge de 18 ans. Cette proportion de PS qui a connu la maternité et la prévalence élevée du VIH observée dans cette population soulignent la nécessité de répondre de façon holistique aux besoins de santé sexuelle et reproductive des PS. Il faut pour se faire intensifier les services VIH et de santé sexuelle et reproductive en direction des PS. Il a été démontré que l'accès aux services prénataux est un point d'entrée dans les centres de santé pour de nombreuses femmes représentant ainsi une excellente occasion de proposer le dépistage et le traitement du VIH (Wilcher, Petruney, & Cates, 2013). Ceci, pourrait accroître l'engagement des femmes dans l'utilisation des services de santé augmentant ainsi leurs chances de réduire leur charge virale.

Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

Caractéristiques sociodémographiques

La majorité des participants à cette étude était relativement jeune avec un âge compris entre 24 et 30 ans. L'âge médian était de 26 ans. La majorité de ces participants avait atteint le niveau secondaire, bien que plusieurs aient été déscolarisés entre 11 et 17 ans. Pour la plupart, la déscolarisation était intervenue pour des raisons financières. La majorité des participants vivait avec leur famille et n'avait pas d'enfant. Quelques-uns avaient une relation avec une femme et ont exprimés la nécessité de se fondre dans la société. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus dans d'autres contextes où des relations bisexuelles simultanées sont jugées importantes pour l'intégration à la société.

Stigmatisation perçue et vécue

L'homosexualité a été décrite comme étant fortement stigmatisée en Côte d'Ivoire. Les participants ont exposé les pressions ressenties pour réprimer leur sexualité. Cependant tous ont noté leur incapacité de refouler leur orientation sexuelle. Le désir de s'adapter aux normes sociétales et les tentatives de cacher leur orientation sexuelle provoquent de la stigmatisation perçue et vécu, des anxiétés sociales et l'auto stigmatisation. Les cas les plus extrêmes de toutes les formes de stigmatisation semblaient être à Gagnoa. Les hommes ont peur de sortir, et peur que leur sexualité soit découverte. De ce fait, ils ont entretenu de très petits réseaux sociaux.

Les membres de la famille ont été fréquemment cités comme auteurs d'expériences de stigmatisation. Certains ont cité des événements structurels ou professionnels, tels que les abus de la police. Ces résultats supposent la mise en place de contacts proches pouvant influencer directement l'expérience de la stigmatisation. Des programmes de soutien psychosocial aux HSH qui adressent la stigmatisation, l'auto stigmatisation et les relations avec leurs partenaires intimes et les membres de la famille pourraient bien servir à atténuer les effets de la stigmatisation et de la discrimination chez les HSH. La mise en place de programmes plus vastes qui adressent le niveau structurel et communautaire de l'homophobie ou de la stigmatisation peut se justifier afin de sensibiliser la communauté au sens large dans l'acceptation de la diversité, et des droits de l'homme.

Réseaux sociaux

Les répondants communautaires ont notés plusieurs façons d'interagir avec d'autres HSH, avec les variations dans la structuration du réseau en fonction des villes. Les villes où les associations de HSH avaient une forte présence, avaient des réseaux plus forts. Par exemple, à Bouaké et Yamoussoukro, où les structures ciblant les services de HSH existent, ils utilisent aussi ces structures afin de rencontrer d'autres personnes, et les réseaux sociaux étaient plus ouverts et plus vastes. A Grand-Bassam, où peu d'ONG et de services étaient présents, chaque HSH se faisait son propre réseau. Le réseau est relativement ouvert et vaste, sans point de départ organisationnel. Cela pourrait être le résultat de la proximité entre Grand-Bassam et Abidjan, de la mobilité et de la fluidité au sein de la communauté HSH d'Abidjan et de Grand-Bassam. À Gagnoa, les interactions sont plus discrètes, et il n'y a pas de lieux publics de rencontre. Les événements sociaux étaient généralement privés et les réunions discrètes. Il n'est

pas surprenant que les réseaux sociaux soient plus limités à Gagnoa où la stigmatisation et les violences consécutives à l'exposition externe de la sexualité ont été plus systématiquement notées.

Des structures de soutien social et le capital social ont été indiqués comme pouvant atténuer les effets de la stigmatisation parmi les membres de la communauté (Baral et al., 2009). De même, un sentiment d'isolement ou d'exclusion parmi les membres de la communauté accroît la vulnérabilité au risque sexuel et a des conséquences négatives sur la santé au niveau individuel de risques (Baral et al., 2010). L'élargissement des réseaux sociaux, la mise en place de soutien psychosocial, et l'adoption de normes de soins de haute qualité, pourraient augmenter le capital social de HSH en Côte d'Ivoire et servir à réduire les comportements de risques au niveau individuel dans la communauté.

Prévention, dépistage et connaissances sur le VIH

Les participants étaient généralement bien informés sur le VIH, et le dépistage du VIH a été fréquemment mentionné comme un des moyens de prévention. Néanmoins, des idées erronées existaient toujours, et les plus répandus comprenaient : la croyance que l'individu ne peut contracter le VIH lors des rapports par voie anale; que le VIH peut être transmis lors de l'utilisation des toilettes; et que le virus Ebola, la tuberculose et le paludisme étaient des IST. Très peu de participants ont pu citer plus de deux types d'IST. Les symptômes toutefois, étaient plus largement connus.

L'utilisation du préservatif a été la méthode de prévention fréquemment citée, et décrite comme accessible et disponible. Ces préservatifs étaient parfois difficiles à obtenir pour les hommes efféminés, en raison de la stigmatisation ressentie lors de leur achat. Bien que les mesures de prévention fussent généralement connues, les comportements sexuels à risque étaient encore pratiqués notamment le multi partenariat sexuel, la non utilisation du préservatif ou du lubrifiant, la pratique du commerce du sexe, et le faible recours aux services de santé.

Le dépistage a été reconnu par la majorité des HSH comme une mesure de prévention, et les répondants individuels l'ont perçu comme une démarche positive à adopter. Trois obstacles majeurs au dépistage ont été cités: la crainte d'un résultat positif, la peur de la divulgation du résultat du test à des tierces personnes, la peur de la stigmatisation par les pairs du fait de leur statut. Bien que le niveau de connaissances du VIH soit élevé parmi les HSH, la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH était également élevée dans la communauté. Certains HSH ont décrit l'horreur qu'ils auraient en cas de découverte de leur infection à VIH, ou s'ils apprenaient qu'un de leurs partenaires était atteint du VIH. Tous parlaient du VIH comme d'une maladie honteuse. Certains HSH craignaient la réaction des prestataires de santé, mais les services « friendly » ont été décrit comme accueillant et respectant la confidentialité. Les perceptions autour des tests de dépistage du VIH au cours de cette étude sont encourageantes, elles pourraient faciliter l'utilisation des ONG pour l'extension de la couverture en dépistage VIH parmi les HSH en Côte d'Ivoire. Le dépistage régulier du VIH chez les HSH est aussi primordial vu les risques sexuels pris par les participants.

Les idées erronées qui entourent les IST sont présentes dans toutes les villes. La compréhension précise du risque sexuel, des IST, et l'adoption de comportements sexuels plus sûrs sont encore limitées. Ces résultats méritent une revue significative des programmes et leur couverture afin d'avoir une approche plus exhaustive de la prévention du VIH et favoriser le changement de comportement.

Violences

Les répondants au cours de cette étude ont décrits plusieurs formes de violences parmi celles-ci la violence physique (le plus souvent dans des lieux publics), la violence verbale (visant à humilier ou intimider), le harcèlement et le chantage. Les hommes efféminés portaient le plus lourd fardeau de cette violence. Trois types d'abus sexuels ont été essentiellement notés : Les viols correctifs (pour punir ou humilier l'individu), le viol jouissifs (pour satisfaire la libido de l'agresseur) et les abus tolérés (expliqué comme étant souvent la première rencontre sexuelle avec un autre homme, souvent effectués par des parents ou l'entourage). Le recours aux forces de l'ordre a été jugé non pertinent par les participants, car si l'affaire arrivait à la police par exemple, les victimes se verraient quelques fois refuser l'assistance par certains policiers

Ces résultats impliquent un besoin urgent à s'attaquer à la violence contre les HSH en Côte d'Ivoire. Le soutien psychosocial pour les victimes d'agressions sexuelles devrait être intégré aux programmes ciblant les HSH. Les programmes structurels, tels que la formation des forces de l'ordre pour répondre aux violences sexuelles est impérative pour assurer une meilleure protection de la communauté. Des campagnes contre la violence au niveau de la communauté avec pour but des changements idéologiques et comportementaux sont impératives.

Accès aux services

L'accessibilité aux services de santé varie en fonction des localités. A Yamoussoukro, peu de HSH ont noté utiliser les structures publiques, ils utilisent les services des ONG, des cliniques privées, de la médecine chinoise, ou des officines pharmaceutiques. Les services adaptés de la localité (ASAPSU et RSB) étaient connus par une grande majorité des participants. Cependant, certains ignoraient encore l'existence de ces services. À Bouaké, RSB a été cités par la majorité (92 %) des répondants. Dans cette ville, beaucoup ont utilisé l'automédication pour le traitement des IST et la médecine traditionnelle pour le traitement des affections proctologiques. À Gagnoa, le seul centre « friendly » (Fromager sida stop) n'était pas bien connu, et la médecine traditionnelle a été fréquemment utilisée pour le traitement des maladies liées au sexe. A Grand-Bassam, peu de répondants utilisaient les services locaux, ils venaient essentiellement à Abidjan.

Les participants ont mis en exergue la stigmatisation perçue et vécue au niveau des structures de la santé et non le refus de les utiliser. Toutefois, les obstacles à l'accès aux services de santé ont été importants surtout quand la maladie était clairement liée aux pratiques homosexuelles. Dans ces cas, plusieurs répondants ont fait remarquer qu'ils optaient pour la médecine traditionnelle, de peur d'être stigmatisés dans les services de santé.

Accessoirement, des obstacles financiers, tels que le manque d'argent pour les soins de santé, la dépendance des parents pour les questions financières et la peur de la divulgation de l'orientation sexuelle au sein de la famille ont été notés comme restreignant l'accès régulier aux services de santé.

CONCLUSION

L'épidémiologie du VIH en Côte d'Ivoire montre qu'elle n'est pas très différente des autres pays d'Afrique de l'Ouest concernant les populations clés - ce sont les populations les plus fortement touchées par l'épidémie à VIH. Ce fait met en évidence l'importance de fournir aux PS et aux HSH, des services complets de prévention de soins et de traitement du VIH « Tout inclus ». Des programmes ciblés et efficaces qui répondent non seulement aux questions de comportement, mais également aux facteurs de risque biologiques et structurels associés à l'acquisition et la transmission du VIH parmi les populations clés devraient être mis en œuvre pour réduire la propagation du VIH. Les programmes de prévention devraient se concentrer sur des stratégies de parcours de soins et de programmes appropriés qui augmentent l'intégration des populations clés dans des parcours de soins adaptés. Ces programmes devraient viser à lever les obstacles aux soins qui existent dans ces contextes très stigmatisés, et de ce fait réduire la charge virale au sein de la communauté et par conséquent, la transmission à la population générale.

Les obstacles structurels à l'accès aux services de soins pour les populations clés comprennent la stigmatisation et la discrimination, l'incapacité à communiquer au sujet de leurs pratiques sexuelles et de leurs besoins en soins avec professionnels de la santé, et les limites économiques à la recherche de soins. Certains de ces obstacles semblent être surmontés lorsque des associations ou des organisations communautaires développent des services spécifiques ou créent des espaces sûrs pour que les populations puissent discuter de leurs problèmes de santé. Alors que les organisations communautaires spécialisées existent en Côte d'Ivoire, elles sont limitées, surtout à Gagnoa et à Grand-Bassam. Mais même à Abidjan, Yamoussoukro et Bouaké il y a des populations clés qui ne connaissent pas l'existence des centres « adaptés ». Parallèlement, ces populations utilisent également les services de santé ciblant la population générale. Dans ce contexte, la divulgation de l'orientation ou du comportement sexuel est limitée. Développer des services adaptés pour les populations clés, intégrés dans les services servant aussi la population générale peut éviter la stigmatisation et la discrimination qui dissuadent les individus d'accéder aux services au niveau communautaire. Les disparités régionales des résultats indiquent également que des modèles locaux doivent être élaborés ville par ville, et les structures communautaires doivent faciliter les relations entre la communauté et les services de santé intégrés.

RECOMMANDATIONS

Professionnelles du Sexe

- Il est indispensable de tenir compte aussi bien des risques sexuels que des risques structurels dans la planification des activités de prévention et de prise en charge des IST et du VIH en direction des PS.
- Procéder à un transfert de compétences des structures adaptées vers les structures de santé publique prenant en charge la population générale afin d'élargir l'offre de services adaptés aux populations clés.
- Les questions relatives au travail du sexe des PS d'origine nigériane à Abidjan, comme l'existence d'un trafic sexuel, leur accès aux services de santé pourraient être mieux appréhendé par des enquêtes ultérieures.
- Les services de PTME et de PF devraient également prendre en compte les PSF enceintes favorisant ainsi leur accès aux services de soins anténataux, à la PF et à la PTME. En outre, le développement de bonnes pratiques cliniques dans les services de santé complets pour ces femmes est nécessaire.
- Développer des programmes qui s'attaquent aux causes sociales de violence, qui améliorent les connaissances et l'accès aux services de santé, qui fournissent un soutien psychologique et la prophylaxie post-exposition (PPE) pour les femmes qui subissent des violences sexuelles. Les interventions d'ordre structurelles devraient impliquer les personnes en uniforme et intégrer des programmes réduisant la violence conjugale.
- Augmenter la proportion des PS dépistées positives au VIH dans le parcours de soins. Il est donc nécessaire d'une plus forte orientation des patients depuis les centres de dépistage vers les services de traitement. Des accords devraient être conclus entre les organisations communautaires, les ONG, les centres offrant des services de soins et soutien du VIH/sida. Le modèle de soins intégré existant devrait être renforcé à travers un système de référence contre référence bien élaboré et fonctionnel.
- Renforcer les réseaux d'éducation par les pairs et des travailleurs de proximité pour donner des informations sur le VIH et l'apprentissage de l'utilisation du préservatif dans la communauté. Ces réseaux sont indispensables pour étendre la portée et assurer ou maintenir la qualité de l'information diffusée. Ces réseaux renforcent également la notion de cohésion de la communauté et créent un espace sûr pour discuter de questions délicates.

- Des études sur l'effet et l'adhésion au traitement sur le long terme par les organisations communautaires, les travailleurs de santé communautaires formés agissant comme éducateurs de pairs ou des travailleurs de proximité, ainsi que l'élaboration de messages de prévention pour les PC sont nécessaires.

Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes

- S'assurer que des centres de soins soient ouverts en dehors des heures de bureau afin d'accroître la probabilité de diagnostiquer plus rapidement et de traiter les IST qui pourraient augmenter le risque de contracter ou de transmettre le VIH.
- Utiliser les réseaux sociaux des étudiants HSH afin d'augmenter l'efficacité des messages de prévention contre le VIH qui sont mis au point pour répondre aux besoins spécifiques des HSH.
- S'assurer que les actions de prévention et de traitement du VIH prennent en compte la composante du vieillissement de la population HSH. Cette population peut devenir difficile d'accès en raison du vieillissement. Des programmes de prévention seront essentiels pour s'assurer que le nombre élevé de personnes séropositives détectées dans des études récentes bénéficie d'un bon accès au traitement ARV afin de réduire la transmission du virus aux plus jeunes
- Des programmes de soutien psychosocial pour les HSH qui adressent la stigmatisation internalisée et les difficultés avec les membres de la famille pourraient servir à atténuer les effets de la stigmatisation et de la discrimination chez les HSH.
- Sont également justifiés des programmes plus vastes qui adressent le niveau structurel et communautaire de l'homophobie ou de la stigmatisation afin de sensibiliser la communauté au sens large à l'acceptation, à la diversité, et aux droits de l'homme
- Le renforcement des réseaux sociaux, du soutien psychosocial, et l'adoption de normes de soins de haute qualité, pourrait augmenter le capital social des HSH en Côte d'Ivoire et servir à réduire les comportements à risques au niveau individuel dans la communauté.

REFERENCES

- Baral, S., Beyrer, C., Muessig, K., Poteat, T., Wirtz, A. L., Decker, M. R., ... Kerrigan, D. (2012). Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Infectious Diseases*, 12(7), 538–49. doi:10.1016/S1473-3099(12)70066-X
- Baral, S., Kizub, D., Masenior, N. F., Peryskina, A., Stachowiak, J., Stibich, M., ... Beyrer, C. (2010). Male sex workers in Moscow, Russia: a pilot study of demographics, substance use patterns, and prevalence of HIV-1 and sexually transmitted infections. *AIDS Care*, 22(1), 112–8. doi:10.1080/09540120903012551
- Baral, S., Trapence, G., Motimedi, F., Umar, E., Ipinge, S., Dausab, F., & Beyrer, C. (2009). HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PloS One*, 4(3), e4997. doi:10.1371/journal.pone.0004997
- Beyrer, C., Baral, S. D., van Griensven, F., Goodreau, S. M., Chariyalertsak, S., Wirtz, A. L., & Brookmeyer, R. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 380(9839), 367–77. doi:10.1016/S0140-6736(12)60821-6
- Beyrer, C., Baral, S., Kerrigan, D., El-Bassel, N., Bekker, L.-G., & Celentano, D. D. (2011). Expanding the space: inclusion of most-at-risk populations in HIV prevention, treatment, and care services. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 57 Suppl 2, S96–9. doi:10.1097/QAI.0b013e31821db944
- Beyrer, C., Walker, D., Johns, B., Sifakis, F., & Baral, S. (2011). The global HIV epidemics among men who have sex with men. In *Washington, DC: World Bank*.
- Charlebois, E. D., Das, M., Porco, T. C., & Havlir, D. V. (2011). The effect of expanded antiretroviral treatment strategies on the HIV epidemic among men who have sex with men in San Francisco. *Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 52(8), 1046–9. doi:10.1093/cid/cir085
- Gouws, E., & Cuchi, P. (2012). Focusing the HIV response through estimating the major modes of HIV transmission: a multi-country analysis. *Sexually Transmitted Infections*, 88 Suppl 2, i76–85. doi:10.1136/sextrans-2012-050719
- Heckathorn, D. D. (1997). Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Sociological Problems*, 44(2), 174–199.

- Layer, E. H., Kennedy, C. E., Beckham, S. W., Mbwambo, J. K., Likindikoki, S., Davis, W. W., ... Brahmbhatt, H. (2014). Multi-Level Factors Affecting Entry into and Engagement in the HIV Continuum of Care in Iringa, Tanzania. *PLoS One*, 9(8), e104961. doi:10.1371/journal.pone.0104961
- ONUSIDA. (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA : Résumé d'orientation Edition spéciale 10e anniversaire de l'ONUSIDA*. Retrieved from http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_gr-executivesummary_fr.pdf
- ONUSIDA. (2012). *Rapport Mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2012*. Retrieved from http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_fr.pdf
- ONUSIDA. (2013). *Rapport Mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013* (p. 274). Retrieved from http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_fr.pdf
- Papworth, E., Ceesay, N., An, L., Thiam-Niangoin, M., Ky-Zerbo, O., Holland, C., ... Baral, S. D. (2013). Epidemiology of HIV among female sex workers, their clients, men who have sex with men and people who inject drugs in West and Central Africa. *Journal of the International AIDS Society*, 16 Suppl 3(4), 18751. doi:10.7448/ias.16.4.18751
- Papworth, E., Grosso, A., Ketende, S., Wirtz, A., Cange, C., Kennedy, C., ... Baral, S. (2014). *Examining Risk Factors for VIH and Access to Services among Female Sex Workers (FSW) and Men who have Sex with Men (MSM) in Burkina Faso, Togo, and Cameroon*.
- PEPFAR. (2013). Cote d'Ivoire Operational Plan. Retrieved April 21, 2014, from <http://www.pepfar.gov/documents/organization/222161.pdf>
- PUMLS, ENSEA, & PLS-PHV. (2012). *Analyse des connaissances, attitudes et pratiques des professionnel(le)s du sexe dans dix-huit villes de Cote d'Ivoire*.
- Sanders, E. J., Okuku, H. S., Mwangome, M., Fegan, G., Peshu, N., van der Elst, E. M., ... Graham, S. M. (2011). Risk factors for HIV-1 infection among men who have sex with men (MSM) in Coastal Kenya. In *18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; Boston, MA, USA; Feb 27–March 2*.
- Schonlau, M., & Liebau, E. (2012). Respondent Driven Sampling. *The Stata Journal*, 12(1), 72–93. Retrieved from http://www.schonlau.net/publication/12schonlau_rds_stata_final.pdf

- Tanser, F., Bärnighausen, T., Grapsa, E., Zaidi, J., & Newell, M.-L. (2013). High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Science (New York, N.Y.)*, 339(6122), 966–71. doi:10.1126/science.1228160
- UNGASS. (2014). Rapport National GARP Côte d'Ivoire 2014. Retrieved September 29, 2014, from http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/CIV_narrative_report_2014.pdf
- Vuylsteke, B., Semdé, G., Sika, L., Crucitti, T., Etiègne Traoré, V., Buvé, A., & Laga, M. (2012). HIV and STI prevalence among female sex workers in Côte d'Ivoire: why targeted prevention programs should be continued and strengthened. *PloS One*, 7(3), e32627. doi:10.1371/journal.pone.0032627
- Wade, A. S., Larmarange, J., Diop, A. K., Diop, O., Gueye, K., Marra, A., ... Desgrées-du-Lou, A. (2010). Reduction in risk-taking behaviors among MSM in Senegal between 2004 and 2007 and prevalence of HIV and other STIs. ELIHoS Project, ANRS 12139. *AIDS Care*, 22(4), 409–14. doi:10.1080/09540120903253973
- Weller, S., & Davis, K. (2002). Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD003255. doi:10.1002/14651858.CD003255
- Wilcher, R., Petruney, T., & Cates, W. (2013). The role of family planning in elimination of new pediatric HIV infection. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 8(5), 490–97. doi:10.1097/COH.0b013e3283632bd7
- Wirtz, A. L., Pretorius, C., Beyrer, C., Baral, S., Decker, M. R., Sherman, S. G., ... Kerrigan, D. (2014). Epidemic impacts of a community empowerment intervention for HIV prevention among female sex workers in generalized and concentrated epidemics. *PloS One*, 9(2), e88047. doi:10.1371/journal.pone.0088047

TABLEAUX

Tableau 1 : Causes de l'inéligibilité

Cause de l'inéligibilité	Proportion (N) :
Moins de 18 ans	23.6% (30)
Pas de sexe féminin	0% (0)
Pas de revenus du travail de sexe	44.9% (57)
Habite à Abidjan moins de 6 mois	22.0% (28)
Déjà participé à l'étude	1.6% (2)
Autres	7.9% (10)

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques

		proportion de participants séropositives non ajustée par RDS	Prévalence du VIH non ajustée par RDS	proportion (n) non ajustée par RDS	Proportion ajustée par RDS	Intervalle de confiance 95% ajusté par RDS
Caractéristiques générales						
âge	< 21	6.0	4.2	15.5 (72)	16.8	12.2, 21.4
	21-24	2.0	1.0	23.0 (107)	21.0	16.2, 25.7
	25-29	20.0	7.5	29.6 (138)	27.9	22.5, 33.3
	30-34	34.0	22.7	16.7 (78)	17.7	12.7, 22.7
	35+	38.0	27.5	15.2 (71)	16.6	11.5, 21.8
Pays de Naissance	Cote d'Ivoire	90.0	13.3	75.5 (352)	78.2	73.3, 83.1
	Burkina Faso	0.0	0.0	0.2 (1)	¶	¶
	Ghana	2.0	33.3	0.6 (3)	¶	¶
	Bénin	0.0	0.0	0.6 (3)	¶	¶
	Nigeria	8.0	3.7	23.0 (107)	20.9	16.1, 25.7
Commune d'exercice du travail du sexe	Abobo	18.0	17.3	11.2 (52)	¶	¶
	Adjamé	6.0	4.3	15.0 (70)	¶	¶
	Attécoubé	4.0	40.0	1.1 (5)	¶	¶
	Cocody	8.0	9.3	9.9 (46)	¶	¶
	Koumassi	2.0	14.3	1.5 (7)	¶	¶
	Marcory	22.0	13.1	18.7 (87)	¶	¶
	Port-Bouet	2.0	9.1	2.6 (12)	¶	¶

Étude biologique et comportementale des IST/VIH/sida chez les professionnelles du sexe du district d'Abidjan et examen des interventions en direction des populations clefs en Côte d'Ivoire

	Treichville	4.0	16.7	2.6 (12)	¶	¶
	Yopougon	34.0	10.2	36.9 (172)	¶	¶
	Bingerville	0.0	0.0	0.4 (2)	¶	¶
	Dabou	0.0	0.0	0.2 (1)	¶	¶
Commune de résidence	Abobo	16.0	15.4	11.4 (53)	¶	¶
	Adjamé	6.0	4.3	15 (70)	¶	¶
	Attécoubé	2.0	20.0	1.1 (5)	¶	¶
	Cocody	4.0	25.0	1.9 (9)	¶	¶
	Koumassi	0.0	0.0	0.9 (4)	¶	¶
	Marcory	6.0	10.7	6.2 (29)	¶	¶
	Port-Bouet	2.0	5.3	4.3 (20)	¶	¶
	Treichville	0.0	0.0	0.4 (2)	¶	¶
	Yopougon	62.0	12.1	56.7 (264)	¶	¶
	Bingerville	2.0	10.0	2.1 (10)	¶	¶
Religion	Musulmane	22.0	19.0	12.7 (59)	11.8	7.9, 15.7
	Catholique	24.0	9.4	28.7 (133)	30.6	24.6, 36.5
	Protestante	50.0	11.3	48.5 (225)	50.1	44.1, 56.1
	Croyances traditionnelles ou aucune	4.0	4.4	10.1 (47)	7.5	4.9, 10.2
Niveau d'instruction	Aucun	30.0	18.1	18.0 (84)	17.7	12.9, 22.6
	Primaire	34.0	14.3	26.6 (124)	27.3	21.8, 32.8
	Primaire Complet	10.0	18.5	6.2 (29)	5.0	2.8, 7.3
	Secondaire incomplet	22.0	5.7	42.7 (199)	43.0	36.9, 49.0
	Secondaire complet	4.0	10.0	4.3 (20)	4.7	2.2, 7.2
	Niveau supérieur	0.0	0.0	2.1 (10)	2.3	0.6, 4.0
Statut professionnel	Sans Emploi	66.0	9.6	75.1 (350)	72.8	67.6, 78.0
	Travail indépendant	2.0	14.3	1.5 (7)	1.3	0.0, 2.7

Étude biologique et comportementale des IST/VIH/sida chez les professionnelles du sexe du district d'Abidjan et examen des interventions en direction des populations clefs en Côte d'Ivoire

actuel (sauf le travail du sexe)	Salariée du secteur public ou privé	2.0	33.3	0.6 (3)	0.3	0.0, 0.8
	Etudiante	0.0	0.0	4.9 (23)	5.5	3.0, 7.9
	Secteur Informel	30.0	20.0	16.7 (78)	19.2	14.3, 24.2
	Autre	0.0	0.0	1.1 (5)	0.8	0.0, 1.7
Statut matrimonial	Célibataire/Jamais mariée	54.0	7.9	75.3 (350)	72.2	66.6, 77.9
	Mariée	16.0	27.6	6.7 (31)	6.6	3.8, 9.3
	Divorcée/ Séparée	22.0	18.3	13.8 (64)	14.3	9.9, 18.8
	Veuve	8.0	22.2	3.9 (18)	6.7	2.9, 10.4
	Autre	0.0	0.0	0.4 (2)	0.2	0.0, 0.4
Mode de logement au cours des 12 derniers mois	Locataire	80.0	13.8	64.2 (299)	66.1	60.4, 71.7
	Propriétaire	0.0	0.0	0.4 (2)	0.3	0.0, 0.6
	Hébergée (y compris par la famille)	14.0	7.3	21.2 (99)	23.2	17.9, 28.5
	Maison close; Ghetto	6.0	4.6	13.9 (65)	10.5	7.3, 13.7
	Autre	0.0	0.0	0.2 (1)	¶	¶
Révélation du statut de PS	A un membre de la famille	28.0	14.0	22.1 (103)	24.0	18.8, 29.2
	A un professionnel de la santé	44.0	12.7	38.9 (180)	35.0	29.5, 40.5

¶ L'ajustement RDS ne peut être calculé.

Tableau 3 : Exposition aux efforts de prévention

	proportion de participantes séropositives non ajustée par RDS	proportion (n) non ajustée par RDS	Proportion ajustée par RDS	Intervalle de confiance 95% ajusté par RDS
Exposition aux efforts de prévention				
A reçu des informations sur la prévention du VIH au cours des 12 derniers mois	74.0	81.5 (379)	84.3	80.3, 88.3
Est membre d'un groupe de soutien pour les PS	8.0	5.4 (25)	5.4	2.2, 8.6
A déjà participé à une réunion, marche ou rassemblement pour promouvoir les droits des PS	2.0	4.5 (21)	4.1	1.5, 6.7
A déjà participé à une réunion d'une association de prévention du VIH parmi des PS	46.0	53.4 (249)	50.4	44.3, 56.6
A déjà participé à une activité de BLETY ou a été touchée par une de leurs EP	8.2	7.3 (34)	6.1	3.3, 8.9
Canal d'information sur le VIH				
Centre de santé ou autres espaces de santé	32.4	28.2 (107)	¶¶	¶¶
éducatrices pairs ou ateliers	21.6	25.5 (97)	¶¶	¶¶
Eglise	0.0	0.3 (1)	¶¶	¶¶
organisation non gouvernementale	21.6	20.0 (76)	¶¶	¶¶
Ami(e) ou famille	0.0	6.6 (25)	¶¶	¶¶
Autre PS	0.0	0.5 (2)	¶¶	¶¶
Medias	24.3	12.6 (48)	¶¶	¶¶
Autres	0.0	6.3 (24)	¶¶	¶¶

Tableau 4 : Violences, stigmatisation et discrimination

	Proportion de participantes séropositives non ajustée par RDS	Proportion (n) non ajustée par RDS	Proportion ajustée par RDS	Intervalle de confiance 95% ajusté par RDS
Violences sexuelles				
A déjà eu des rapports sexuels contre son gré	42.9	43.2 (201)	35.8	29.4, 42.3
Violations des droits de l'homme				
Testée pour le VIH contre son gré	8.0	4.5 (21)	3.7	1.5, 5.9
Agressée physiquement	66.0	53.6 (250)	47.9	41.8, 54.1
Torturée	18.0	16.3 (76)	13.9	10.2, 17.7
Événements survenus résultant du travail du sexe				
A reçue des remarques discriminatoires de membres de la famille	28.0	22.7 (106)	19.0	14.5, 23.5
A eu peur d'accéder aux services de santé	20.0	25.5 (119)	23.3	18.2, 28.4
A subi un refus de soins médicaux	6.0	1.1 (5)	0.4	0.0, 0.9
S'est déjà senti mal traitée par les services de santé	4.0	1.5 (7)	1.2	0.0, 2.5
A été l'objet de ragots provenant du personnel de santé	4.0	5.8 (27)	4.3	2.2, 6.4
A subi un refus de protection policière	22.0	24.1 (112)	19.7	15.1, 24.3
A été harcelée ou intimidée par la police	34.0	31.2 (145)	24.8	20.0, 29.6
Evite d'avoir des préservatifs en raison de la répression policière	16.0	15.5 (72)	12.9	9.0, 16.8
A été appréhendée par la police	30.0	26.4 (123)	21.0	16.3, 25.7
A été mise au violon ou en prison	2.0	3.0 (14)	2.7	0.7, 4.7
A eu peur de circuler dans les lieux publics	30.0	30.3 (141)	28.9	23.4, 34.5
A été harcelée verbalement	60.0	49.4 (230)	43.7	37.7, 49.6
A été victime de chantage	18.0	20.8 (97)	17.9	13.5, 22.4

Tableau 5 : Connaissance des facteurs de risques de transmission du VIH et utilisation de la drogue

		proportion de participant·es séropositives non ajustée par RDS	Proportion (n) non ajustée par RDS	Proportion ajustée par RDS	Intervalle de confiance 95% ajusté par RDS
Connaissance des facteurs de risques de transmission du VIH					
Quel est le lubrifiant le plus sûr à utiliser lors de rapports sexuels vaginaux avec un préservatif	Lubrifiant à base d'eau	36.6	40.3 (169)	34.6	28.5, 40.8
	Vaginaux	44.7	48.9 (221)	48.5	41.6, 55.4
Quel type de rapports sexuels vous met plus à risque d'infection à VIH?	Anaux	6.4	5.5 (25)	5.1	2.5, 7.7
	Oraux	0.0	3.1 (14)	3.2	1.0, 5.4
	Ont tous le même risque	48.9	42.5 (192)	43.2	36.4, 49.9
Pouvez-vous contracter le VIH en partageant une aiguille pour s'injecter de la drogue?	Non	0.0	0.9 (4)	¶	¶
	Oui	100.0	99.1 (458)	¶	¶
Utilisation de la drogue					
S'est déjà injecté des drogues, médicaments, ou autres		2.0	1.5 (7)	¶	¶
A déjà partagé une aiguille pour des injections au cours des 12 derniers mois		0.0	12.5 (1)	¶	¶

Tableau 6 : Accès aux préservatifs

		Proportion de participant séropositives non ajustée par RDS	Proportion (n) non ajustée par RDS	Proportion ajustée par RDS	Intervalle de confiance 95% ajusté par RDS
Accès aux préservatifs					
Accès aux préservatifs (en cas de besoin)	Difficile	2.0	5.6 (26)	8.2	4.2, 12.1
	Indifférent	0.0	2.4 (11)	1.5	0.2, 2.7
	Facile	98.0	92.0 (427)	90.4	86.2, 94.5
Dispose toujours de préservatifs lors du travail		90.0	76.4 (356)	76.1	70.5, 81.8
Mode d'obtention des préservatifs	Les achètent	46.0	43.4 (202)	41.6	35.3, 47.9
	Les reçoivent gratuitement	8.0	6.0 (28)	9.7	4.6, 14.7
	Les deux	46.0	50.3 (234)	48.7	42.5, 54.9
Lieux d'approvisionnement en préservatifs distribués gratuitement	Espace public (un bar, un club, etc.)	7.4	8.0 (21)	¶¶	¶¶
	Espace Confiance	29.6	21.7 (57)	¶¶	¶¶
	Centre de santé publique	18.5	14.1 (37)	¶¶	¶¶
	Clinique Plus Ruban Rouge	3.7	6.1 (16)	¶¶	¶¶
	CIP	11.1	6.8 (18)	¶¶	¶¶
	Organisation communautaire (Blety, ASAPSU, etc.)	55.6	47.5 (125)	¶¶	¶¶
	Boutique, magasin	3.7	1.9 (5)	¶¶	¶¶
	Vendeur ambulant	0.0	0.4 (1)	¶¶	¶¶

Tableau 7 : Utilisation des préservatifs

		proportion de participant·es séropositives non ajustée par RDS	proportion (n) non ajustée par RDS	Proportion ajustée par RDS	Intervalle de confiance 95% ajusté par RDS
Utilisation des préservatifs					
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel vaginal ou anal	Nouveau client	91.7	87.3 (404)	89.6	86.3, 92.9
	Client régulier	89.8	81.8 (377)	83.4	78.9, 87.9
	Partenaire Non-payant	15.2	13.4 (60)	14.8	9.5, 20.0
A toujours utilisé des préservatifs lors des rapports sexuels vaginaux au cours du dernier mois	Nouveau client	85.1	77.4 (357)	76.5	70.8, 82.1
	Client Régulier	75.5	67.1 (308)	66.6	59.6, 73.7
	Partenaire non-payant	2.4	5.3 (22)	¶	¶
A toujours utilisé des préservatifs lors des rapports sexuels anaux au cours du dernier mois	Nouveau client	0.0	49.1 (27)	¶	¶
	Client régulier	50.0	36.9 (24)	¶	¶
	Partenaire non-payant	0.0	8.2 (4)	¶	¶
A toujours utilisé des préservatifs lors des rapports sexuels vaginaux au cours de 12 derniers mois		44.0	38.8 (181)	42.0	35.2, 48.8
A toujours utilisé des préservatifs lors des rapports sexuels anaux au cours de 12 derniers mois		25.0	29.0 (29)	15.2	3.8, 26.5

Tableau 8 : Négociation du préservatif en fonction du type de client

		Proportion de participant séropositives non ajustée par RDS	proportion (n) non ajustée par RDS	Proportion ajustée par RDS	Intervalle de confiance 95% ajusté par RDS
Difficulté de la négociation du préservatif					
Un nouveau client	Difficile	8.0	14.6 (68)	14.7	10.3, 19.0
	Indifférent	2.0	3.2 (15)	2.7	0.8, 4.6
	Facile	90.0	82.2 (382)	82.6	77.7, 87.6
Un client régulier	Difficile	16.0	15.9 (74)	16.1	11.4, 20.8
	Indifférent	0.0	2.8 (13)	2.8	0.9, 4.6
	Facile	84.0	81.3 (378)	81.1	75.8, 86.4
Un partenaire non-payant	Difficile	52.1	63.4 (288)	62.6	56.6, 68.7
	Indifférent	18.8	11.9 (54)	11.7	7.7, 15.6
	Facile	29.2	24.7 (112)	25.7	20.1, 31.2

Tableau 9 : Raisons de la non utilisation des préservatifs en fonction du type de client

		proportion de participantes séropositives non ajustée par RDS	Proportion (n) non ajustée par RDS
Nouveau client	Il n'y avait pas de préservatif disponible	33.3	10.1 (17)
	Les préservatifs sont trop chers	16.7	0.6 (1)
	Le client a proposé plus d'argent	66.7	68.5 (115)
	Je n'aime pas utiliser les préservatifs	0.0	7.1 (12)
	J'ai utilisé une autre méthode pour prévenir le VIH ou une IST	0.0	0.6 (1)
	Les préservatifs ne sont pas nécessaires	33.3	32.7 (55)
	Le rapport sexuel était forcé	0.0	4.8 (8)
Client régulier	Il n'y avait pas de préservatif disponible	40.0	5.3 (10)
	Les préservatifs sont trop chers	20.0	0.5 (1)
	Le client a proposé plus d'argent	60.0	66.8 (127)
	Je n'aime pas utiliser les préservatifs	0.0	4.7 (9)
	J'ai utilisé une autre méthode pour prévenir le VIH ou une IST	0.0	2.1 (4)
	Les préservatifs ne sont pas nécessaires.	60.0	43.2 (82)
	Le rapport sexuel était forcé	0.0	1.1 (2)
Partenaire non- payant	Il n'y avait pas de préservatif disponible	0.0	3.0 (13)
	Les préservatifs sont trop chers	0.0	0.0
	Je n'aime pas utiliser les préservatifs	7.7	1.8 (8)
	J'ai utilisé une autre méthode pour prévenir le VIH ou une IST	7.7	3.0 (13)
	Les préservatifs ne sont pas nécessaires.	100.0	89.1 (386)
	Le rapport sexuel était forcé	0.0	1.2 (5)
	Autres	33.3	35.1 (152)

Tableau 10 : Utilisation du gel lubrifiant

		proportion de participant séropositives non ajustée par RDS	Proportion (n) non ajustée par RDS	Proportion ajustée par RDS	Intervalle de confiance 95% ajusté par RDS
Utilisation du gel lubrifiant					
Accès difficile aux lubrifiants		25.8	30.0 (92)	30.3	22.9, 37.6
A déjà utilisé des lubrifiants lors des rapports sexuels	Non	38.0	32.0 (149)	36.1	29.7, 42.4
	Oui, mais toujours sans préservatif	6.0	2.6 (12)	2.9	0.7, 5.1
	Oui, mais toujours avec des préservatifs	40.0	36.8 (171)	36.7	30.8, 42.5
	Oui avec ou sans préservatif	16.0	28.6 (133)	24.3	19.2, 29.5
Type de lubrifiant utilisé le plus souvent lors des rapports sexuel vaginaux	Vaseline	16.3	13.0 (60)	11.7	8.1, 15.3
	Crèmes pour le corps/ beurre de karité	12.2	13.0 (60)	11.8	7.8, 15.8
	Lubrifiant à base d'eau	30.6	30.2 (140)	29.3	23.7, 34.9
	Salive	2.0	6.7 (31)	6.5	3.8, 9.2
	Pas de lubrifiant	38.8	33.5 (155)	37.0	30.7, 43.2
	Autre	0.0	3.7 (17)	3.7	1.0, 6.5
Type de lubrifiant utilisé le plus souvent lors des rapports sexuels anaux	Vaseline	28.6	22.2 (16)	¶	¶
	Crèmes corporelles / beurre de karité	28.6	23.6 (17)	¶	¶
	Lubrifiant à base d'eau	14.3	30.6 (22)	¶	¶
	Salive	14.3	13.9 (10)	¶	¶
	Pas de lubrifiant	14.3	8.3 (6)	¶	¶
	Autres	0.0	1.4 (1)	¶	¶

Tableau 11 : Interaction avec les clients

		Proportion de participant séropositives non ajustée par RDS	Proportion (n) non ajustée par RDS	Proportion ajustée par RDS	Intervalle de confiance 95% ajusté par RDS
Interactions avec les clients					
Nombre de clients en moyenne par jour	1-3	24.0	27.1 (125)	32.8	26.7, 38.8
	4-5	48.0	35.9 (166)	36.8	31.0, 42.7
	6+	28.0	37.0 (171)	30.4	25.1, 35.6
A déjà reçue une proposition de ne pas utiliser le préservatif lors des rapports sexuels contre un gain plus important	Non	22.0	19.5 (91)	22.9	17.1, 28.8
	Oui, dans les 12 derniers mois	54.0	71.5 (333)	70.3	64.1, 76.5
	Oui, mais pas dans les derniers 12 mois	24.0	9.0 (42)	6.8	4.2, 9.4
Fréquence d'acceptation de cette proposition	Jamais	48.7	54.1 (203)	¶	¶
	Presque jamais	7.7	5.9 (22)	¶	¶
	Quelque fois	15.4	10.4 (39)	¶	¶
	Souvent	20.5	24.3 (91)	¶	¶
	Toujours	7.7	5.3 (20)	¶	¶
Gain moyen pour un rapport sexuel vaginal avec un préservatif	À 1000 CFA	30.0	39.1 (181)	37.9	30.2, 45.7
	1001-3000 CFA	38.0	28.3 (131)	26.2	20.4, 31.9
	3001-5000 CFA	28.0	19.0 (88)	21.6	15.7, 27.5
	+ de 5000 CFA	4.0	13.6 (63)	14.3	8.5, 20.1
Gain moyen pour un rapport sexuel vaginal sans un préservatif	À 1000 CFA	0.0	2.3 (4)	¶	¶
	1001-3000 CFA	14.3	13.1 (23)	¶	¶
	3001-5000 CFA	28.6	27.4 (48)	¶	¶
	+ de 5000 CFA	57.1	57.1 (100)	¶	¶

Tableau 12 : Prévalence du VIH et des IST

		proportion de participantes séropositives non ajustée par RDS	Proportion (n) non ajustée par RDS	Proportion ajustée par RDS	Intervalle de confiance 95% ajusté par RDS
Résultats du dépistage du VIH et de la syphilis					
Séropositive		---	11.0 (50)	11.4	7.2, 15.6
Syphilis positive		0.0	1.0 (4)	1.1	0.1, 2.3
Dépistage antérieur du VIH					
A été déjà testée pour le VIH	Non	14.6	18.0 (83)	19.4	14.3, 24.4
	Oui, une fois	29.2	29.2 (135)	27.3	21.9, 32.7
	Oui + d'une fois	56.3	52.8 (244)	53.4	47.4, 59.3
Connaissait déjà son statut séropositif au VIH		32.4	3.4 (12)	¶	¶
Symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois					
Ampoules ou des plaies dans la région génitale ou l'anus		24.0	22.2 (103)	20.9	16.4, 25.3
Douleurs ou sensation de brûlures urinaires		26.0	34.8 (162)	33.5	27.9, 39.1
Pertes vaginales ou pertes blanches insolites (quantité inhabituelle, odeur ou couleur)		40.0	49.0 (228)	47.5	41.6, 53.5
Saignement vaginal autres que les règles		2.0	6.2 (29)	5.5	2.9, 8.2
Boutons sur le sexe (verrues génitales)		16.0	11.2 (52)	9.8	6.7, 13.0
Bubon (masse inhabituelle autour des organes génitaux)		10.0	5.4 (25)	4.5	2.5, 6.6
Autres		10.0	11.9 (55)	12.5	7.9, 17.1

Tableau 13: Facteurs de risque à l'infection à VIH (Analyse bi variée)

Facteurs de risques associés à l'infection au VIH	Rapport des cotes	Intervalle de Confiance	p-value
Age			
18-21 ans	¶	¶	<0.001
21-24 ans	0.22	0.02 – 2.14	
25-29 ans	1.84	0.49 – 6.92	
30-34 ans	6.64*	1.85 – 23.81	
35+	8.61*	2.42 – 30.71	
Durée d'exercice du travail du sexe			
0-1 ans	¶	¶	<0.001
2-4 ans	0.66	0.21 – 2.10	
5-9 ans	2.06	0.73 – 5.81	
10 ans et +	6.85*	2.68 – 17.52	
Lieu de naissance			
Nigeria	¶	¶	0.013
Cote d'Ivoire	4.06*	1.42 – 11.55	
Autre	8.83	0.74 – 104.81	
Migration			
Emigré d'un autre pays	¶	¶	0.004
n'a pas émigré d'un autre pays	4.15*	1.46 – 11.80	
Niveau d'instruction			
secondaire ou plus	¶	¶	<0.001
inferieur au niveau secondaire	3.13*	1.61 – 6.06	

Situation professionnelle			
A une autre activité professionnelle (en plus du travail du sexe)	¶	¶	0.007
A uniquement le travail du sexe comme activité professionnelle	2.368*	1.25 – 4.48	
Statut matrimonial			
Célibataire/Jamais mariée	¶	¶	0.002
Mariée	4.46*	1.81 – 11.01	
Divorcée/ Séparée	2.63*	1.23 – 5.63	
Veuve	3.34*	1.03 – 10.87	
Habite avec ses enfants biologiques			
Non	¶	¶	0.027
Oui	2.04*	1.08 – 3.85	
Deux parents vivant			
Oui	¶	¶	<0.001
Non, n'a qu'un parent vivant	5.52*	2.08 – 14.62	
Non, les deux ne sont pas vivants	6.20*	2.19 – 17.54	
Rapports sexuels avec les clients dans une maison close			
Oui	¶	¶	0.029
Non	2.27*	1.07 – 4.81	
Désir actuel de maternité			
Non	¶	¶	0.026
Oui	2.28*	1.09 – 4.76	

* indique la signifiante statistique

Tableau 14: Accès aux services de santé sexuelle et reproductive

		proportion de participantes séropositives non ajustée par RDS	proportion (n) non ajustée par RDS	Proportion ajustée par RDS	Intervalle de confiance 95% ajusté par RDS
Grossesse					
Utilise au moins une forme de contraception		76.9	78.1 (364)	78.2	0.734, 0.831
A déjà accouché		84.6	71.5 (333)	74.8	0.693, 0.803
A déjà eu une grossesse non planifiée		76.1	78.0 (322)	76.3	70.1, 82.5
Age lors du premier accouchement	<15 ans	8.9	7.3 (24)	6.4	2.9, 10.0
	15-17 ans	31.1	28.5 (94)	30.0	22.4, 37.6
	18 ans ou plus	60.0	64.2 (212)	63.6	55.8, 71.4
Avortement					
A déjà fait un avortement		67.4	72.2 (298)	71.0	64.6, 77.4
Lieu où l'avortement a été réalisé	Maison	48.4	45.3 (135)	¶	¶
	Hôpital ou centre de santé publique	12.9	11.8 (35)	¶	¶
	Hôpital ou clinique privée	54.8	55.9 (166)	¶	¶
Importance de ne pas tomber enceinte	Important	74.4	72.3 (292)	68.8	61.8, 75.8
	Pas Important	25.6	27.7 (112)	31.2	24.2, 38.2

Tableau 15 : Accès à la prise en charge ARV

	PS vivant avec le VIH	proportion (n) non ajustée par RDS (N = 12)
A eu un examen pour le taux de CD4	Non, et pas programmé pour avoir le taux de CD4 surveillé	33.3 (4)
	Ne sait pas	8.3 (1)
	Oui	58.3 (7)
Date du dernier examen du taux de CD4	Depuis moins de 12 mois	71.4 (5)
	Entre 12 et 24 mois	0.0
	Depuis plus de 24 mois	28.6 (2)
Prend actuellement des ARV	Non	25.0 (3)
	Oui	75.0 (9)
Raison principale de l'arrêt de la prise des ARV	N'a pas supporté les effets secondaires des médicaments	100.0 (3)
Lieu d'approvisionnement en ARV	Service de santé / clinique publique	71.4 (5)
	Organisation non gouvernementale	28.6 (2)
A bénéficié de la PTME au cours de sa dernière grossesse	Non (n'a pas été enceinte ou allaité, depuis son dépistage du VIH)	54.5 (6)
	Non (a été enceinte ou a allaité, mais n'a pas bénéficié de la PTME)	27.3 (3)
	Oui	18.2 (2)
A un enfant qui été dépisté positif au VIH	Non	66.7 (8)
	Oui	25.0 (3)
	Non applicable (n'a pas d'enfant biologique)	8.3 (1)

Tableau 16 : Cohésion sociale

	Proportion de participantes séropositives non ajustée par RDS	Proportion (n) non ajustée par RDS	Proportion ajustée par RDS	Intervalle de confiance 95% ajusté par RDS
Cohésion sociale: D'accord ou fortement d'accord avec les affirmations suivantes				
Peut compter sur d'autres PS si elle a besoin d'emprunter de l'argent.	42.0	58.4 (272)	58.8	51.8, 65.7
Peut compter sur d'autres PS pour l'accompagner chez le médecin ou à l'hôpital.	70.0	78.7 (366)	77.9	72.4, 83.4
Peut compter sur d'autres PS si elle a besoin de parler de ses problèmes.	46.0	61.8 (288)	59.6	53.2, 65.9
Peut compter sur d'autres PS si elle a besoin d'hébergement.	54.0	63.4 (294)	63.1	56.6, 69.6
Peut compter sur d'autres PS pour l'encourager à utiliser des préservatifs.	86.0	84.5 (393)	¶	¶
Peut compter sur d'autres PS dans la recherche de clients.	58.0	56.0 (260)	57.1	50.7, 63.5
Les PS avec qui elle travaille sont également ses amies.	38.0	44.8 (209)	45.9	39.2, 52.5
Peut faire confiance à la majorité des autres PS travaillant dans son milieu.	10.0	12.2 (57)	16.0	11.0, 21.0

Tableau 17 : Type de service et les sources de financement pour les services identifié par les PS à Abidjan

		Sites ciblant PS/HSB	Tous sites % (n)
Populations cibles	PS	23.1 (3)	6.0 (3)
	HSB	15.4 (2)	4.0 (2)
	PS et HSB	7.7 (1)	2.0 (1)
	PS, HSB et population générale	53.8 (7)	14.0 (7)
	Population générale	NA	74.0 (37)
Type de structure	Hôpital/ centre de santé publique	0	38.8 (19)
	ONG / OBC	76.9 (10)	34.7 (17)
	Centre de santé communautaire	15.4 (2)	10.2 (5)
	Autres	7.7 (1)	16.3 (8)
Principale source de financement	Gouvernement Cote d'Ivoire	7.7 (1)	22.0 (11)
	Une structure privée	15.4 (2)	6.0 (3)
	Organisation religieuse	0 (0)	0 (0)
	ONG / OBC	7.7 (1)	22.0 (11)
	Gouvernement Américain	38.4 (5)	20.0 (10)
	Fonds mondial de lutte contre le sida, paludisme, tuberculose	7.7 (1)	10.0 (5)
	Autre	23.1 (3)	20.0 (10)

Tableau 18 : Personnel des organisations ayant offert des services de santé aux PS et aux HSH

		Sites ciblant PS/HSB	Tous sites % (n)
Nombre de médecins: moyenne (N)	Salariés	1.7	2.9
	Volontaires	0.2	0.2
Nombre d'infirmiers: moyenne (N)	Salariés	0.8	2.4
	Volontaires	0.2	0.5
Nombre d'agents sociaux: moyenne (N)	Payé	3.9	2.0
	Volontaire	0.5	0.2
Nombre de pairs éducateurs /agents communautaires: moyenne (N)	Salariés	7.7	0.5
	Volontaire	12.2	3.6
Proportion des travailleurs formés pour les soins PS / HSB	Tous ou presque	58.3 (7)	26.0 (13)
	Plus de la moitié	16.7 (2)	12.0 (6)
	Moins de la moitié	16.7 (2)	26.0 (13)
	Aucun	8.3 (1)	36.0 (18)

Tableau 19 : Utilisation des services

		Sites PS/SHS	Tous sites
Dispose d'un registre Patients / visiteurs		84.6 (11)	86.0 (43)
Nombre de patients enregistré : Médiane (N)		394	756,5
Nombre de patients en moyenne dans le service chaque jour: moyenne (N)		29	34.7
Jours de la semaine ou le service est ouvert: moyenne (N)		5.7	5.5
Servies ouvert après 18 heures au moins un jour de la semaine		38.5 (5)	30.0 (15)
Proportion de clients de PS parmi les personnes utilisant le service	Tous ou presque	15.4 (2)	6.4 (3)
	Plus de la moitié	46.1(6)	17.0 (8)
	Moins de la moitié	30.8 (4)	40.4 (19)
	Aucun	7.7 (1)	36.2 (17)
Proportion de SHS parmi les personnes utilisant le service	Tous ou presque	23.1 (3)	6.8 (3)
	Plus de la moitié	0 (0)	2.3 (1)
	Moins de la moitié	69.2 (9)	40.9 (18)
	Aucun	7.7 (1)	50.0 (22)
Proportion de PS parmi les personnes utilisant le service	Tous ou presque	0 (0)	0 (0)
	Plus de la moitié	16.7 (2)	5.0 (2)
	Moins de la moitié	50.0 (6)	22.5 (9)
	Aucun	33.3 (4)	72.5 (29)
Offre des services de sensibilisation dans la communauté		84.6 (11)	68.0 (34)

Tableau 20 : Services offerts

Fourniture de services de proximité		Sites PS/HSB % (n)	Tous sites % (n)
Proportion de centres ayant fourni les services suivants aux cours des quatre dernières semaines précédant la collecte de données	Conseil et dépistage du VIH	100 (13)	96.0 (48)
	Conseil et dépistage du VIH spécialisé pour les PS et les HSH	84.6 (11)	30.6 (15)
	Conseils sur le VIH et référence pour le dépistage du VIH	84.6 (11)	68.0 (34)
	Conseils sur le VIH et référence pour le dépistage du VIH spécialisé pour les PS et les HSH	76.9 (10)	28.0 (14)
	Prise en charge ARV pour les personnes séropositives	61.5 (8)	82.0 (41)
	Prise en charge ARV pour les PS et les HSH	53.8 (7)	34.0 (17)
	Éducation par les pairs	84.6 (11)	51.0 (25)
	Groupes de soutien	75.0 (9)	63.3 (31)
	PTME	30.8 (4)	52.0 (26)
	Conseil et de dépistage des IST	100 (13)	93.9 (46)
	Traitement des IST	69.2 (9)	78.0 (39)
	Conseils psycho-sociaux	92.3 (12)	88.0 (44)
	Services généraux de Santé	38.5 (5)	46.0 (23)
	Services de santé appropriés pour PS/HSB	53.8 (6)	22.0 (11)
	Soutien nutritionnel	69.2 (9)	62.0 (31)
	Planification familiale	61.5 (8)	70.0 (35)

Étude biologique et comportementale des IST/VIH/sida chez les professionnelles du sexe du district d'Abidjan et examen des interventions en direction des populations clefs en Côte d'Ivoire

Soins hospitaliers pour personnes vivant avec le VIH/sida	38.5 (5)	46.0 (23)
Services de prévention du VIH/sida	100 (13)	94.0 (47)
Causeries éducatives sur le VIH/sida	92.3 (12)	86.0 (43)
Distribution gratuite de préservatifs masculins	92.3 (12)	78.0 (39)
Distribution gratuite de préservatifs féminins	84.6 (11)	44.0 (22)
Lubrifiants compatibles avec les préservatifs	84.6 (11)	26.0 (13)
Diffusion de films sur le VIH/sida	76.9 (10)	44.9 (22)
Diffusion de programmes radio sur le VIH/sida	30.8 (4)	14.0 (7)
Affichages et dépliants sur le VIH/sida	92.3 (12)	80.0 (40)
Nombre de tests de dépistage du VIH pour les PS et HSH effectués la dernière semaine avant la collecte de données (centres offrant le dépistage du VIH): moyenne (N)	16.5	22.2
Centres offrant la prise en charge ARV ayant connu une pénurie dans les 12 derniers mois	Oui	18.2 (2)
	Pas de pénurie	81.8 (9)
		46.3 (19)
		53.7 (22)

Tableau 21 : Distribution et disponibilité en préservatifs

		Sites PS/SHS % (n)	Tous sites % (n)
Disponibilité des préservatifs au cours des 12 derniers mois	Toujours	76.9 (10)	44.0 (22)
	Parfois	15.4 (2)	34.0 (17)
	Jamais	7.7 (1)	22.0 (11)
Volonté de distribuer des préservatifs	Non	0 (0)	0 (0)
	Oui	25.0 (3)	42.9 (21)
	Distribue déjà	75.0 (9)	57.1 (28)
Préservatifs masculins disponibles le jour de l'interview	Non	7.7 (1)	26.0 (13)
	Oui mais pas visibles	7.7 (1)	12.0 (6)
	Oui, visibles	84.6 (11)	62.0 (31)
Préservatifs féminins disponibles le jour de l'interview	Non	15.4 (2)	58.0 (29)
	Oui mais pas visibles	0 (0)	4.0 (2)
	Oui, visibles	84.6 (11)	38.0 (19)
Nombre de préservatifs distribués dans les 7 derniers jours précédant la collecte de données : moyenne (N)		608	677.2
Nombre maximum de préservatifs masculins distribué par personne/jour dans les centres qui fournissent les préservatifs masculins: moyenne (N)		11.2	8.9
Nombre maximum de préservatifs féminins distribué par personne/jour dans les centres qui fournissent les préservatifs féminins: moyenne (N)		2.1	1.5
Nombre maximum de lubrifiants compatibles avec les préservatifs distribué par personne/jour dans les centres qui fournissent des lubrifiants compatibles avec les préservatifs: moyenne (N)		3.5	2.4