

|

STRATEGIE DE COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN MATIERE DE VIH/SIDA EN COTE D'IVOIRE 2016 - 2020

Version provisoire du 23 Juillet 2016

SOMMAIRE

Sigles et acronymes.....	3
Première partie : Considérations préliminaires	
I.1. Pourquoi une nouvelle stratégie ?.....	6
I.2. Que visait la stratégie de communication 2005-2008 ?	6
I.3. Comment la stratégie a-t-elle été élaborée ?	7
I.4. Comment s'organise la stratégie ?	8
I.5. Quelles bases théoriques pour la stratégie ?	9
Deuxième partie : La situation en matière de VIH/sida en 2014 en Côte d'Ivoire	
II.1. Contexte socioculturel de 2005 à 2014	13
II.2. Réponses apportées entre 2008 et 2013 ?	15
II.3. Interventions et approches de communication développées.....	18
Troisième partie : la stratégie de communication	
III.1. Vision pour la Côte d'Ivoire en matière de VIH/sida	21
III.2. Domaines et problèmes prioritaires.....	21
III.3. Groupes cibles prioritaires, profils, connaissances attitudes et pratiques.....	23
III.4. Axes stratégiques d'intervention	48
III.5. Canaux et les supports de communication	52
III.6. Messages clés	56
Conclusion	
ANNEXE	
Argumentaires des messages.....	63
Bibliographie	

SIGLES ET ACRONYMES

ADS : Analyse des Données Secondaires
AMICALL : Alliance Ivoirienne des Maires et Responsables Municipaux contre le VIH/Sida
ARSIP : Alliance des Religieux pour la lutte contre le VIH/Sida et autres Pandémies
ARV : Anti Rétro Viraux
ASC : Agent de Santé Communautaire
CCC : Communication pour le Changement de Comportement
CD : Conseils Dépistage
CDV : Conseil et Dépistage du VIH
CECI : Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire
CGECI : Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire
CIMLS : Comité Interministériel de Lutte contre le Sida
COSCI : Conseil des Organisations de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire
CPN : Consultation PréNatale
CPoN : Consultation Post Natale
CNLS : Conseil National de Lutte contre le Sida
CSCC : Communication sociale et pour le Changement de Comportement
CTAIL : Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives Locales
DIPE : Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DSPSC : Direction du Secteur Privé et de la Société Civile
EAQ : Equipe pour l'Amélioration de la Qualité
EDS-MICS-CI : Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire
GVC : Groupement à Vocation Coopérative
HC3 : Health Communication Capacity Collaborative
HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IEC : Information – Education - Communication
IO : Infection Opportuniste
IST : Infection Sexuellement Transmissible
JHU/CCP : John Hopkins University/ Centrer for Communication Programs
MSLS : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
MSM : Men having Sex with Men
OEV : Orphelin et Enfant rendu Vulnérable du fait du VIH/sida
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA : Programme conjoint des Nations Unies pour la Lutte contre le SIDA
ONUCI-FM : Radio de l'Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire
PEC : Prise En Charge
PN-OEV : Plan National de prise en charge des OEV
PS : Professionnels/Professionnelles du sexe
PSN : Plan Stratégique National de lutte contre le Sida
PTF : Partenaire Technique et Financier
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
REPMASCI : Réseau des Professionnels des Médias, des Arts et des Sports de Côte d'Ivoire
RIJES : Réseau Ivoirien des Jeunes contre le SIDA
RIOF : Réseau des Organisation Féminines
RIP + : Réseau Ivoirien des PVVIH

|

SHARM CI : Nom d'une étude sur les MSM en Côte d'Ivoire
SR : Santé Reproductive
RIJES : Réseau Ivoirien des Jeunes contre le Sida
RIOF : Réseau Ivoirien des Organisations Féminines
RIP+ : Réseau Ivoirien des Personnes Vivant avec le VIH
SEPS : Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants
SPDP : Santé Positive, Dignité et Prévention
TAR : Thérapie antirétrovirale
TIC ; Technologies de l'Information et de la Communication
TME : Transmission de la Mère à l'Enfant
URC : University Research Company
UVICOCI : Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire
VGB : Violences Basées sur le Genre
VIH : Virus de l'Immuno- Déficience Humaine

|

PREMIERE PARTIE

CONSIDERATIONS PRELIMINAIRES

- I.1. Pourquoi une nouvelle stratégie ?
- I.2. Que visait la stratégie de communication 2005-2008 ?
- I.3. Comment la stratégie a-t-elle été élaborée ?
- I.4. Comment s'organise la stratégie ?
- I.5. Quelles bases théoriques pour la stratégie ?

I.1. POURQUOI UNE NOUVELLE STRATEGIE ?

Les premières stratégies pour la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire ont été longtemps dominées par l'information l'éducation et la communication (IEC). En effet, avant 2005, les messages et informations étaient axés sur la connaissance des modes de transmission et de prévention du VIH/sida et non sur les déterminants de la vulnérabilité et sur comportements à risques. Cette approche a permis de toucher un nombre important de personnes sans toutefois induire le changement de comportement souhaité. Les populations ont maintenu leurs comportements favorisant le risque d'infection par le VIH. Cet état de fait a conduit à l'adoption de la stratégie nationale de communication pour le changement de comportement 2005-2008.

La revue à mi-parcours du Plan Stratégique National 2006-2010 a montré une multiplication et une diversification des intervenants en CCC et identifié, entre autres, un certain nombre de forces et opportunités à savoir :

La mise en place d'un programme national pour les populations hautement vulnérables.

La mobilisation de ressources financières importantes pour les activités de CCC.

L'existence d'un "Plan stratégique jeunes 2007-2009".

L'existence d'un pool national de formateurs en CCC.

L'une des recommandations de cette revue à mi-parcours du PNS à l'ex-Ministère de la lutte contre le Sida, a été d'actualiser et de vulgariser la stratégie nationale CCC, afin que tous les acteurs se l'approprient pour des interventions de qualité.

Le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH 2011-2015 avait retenu la communication pour le changement de comportement (CCC) comme un domaine d'action prioritaire et défini des cibles prioritaires : les enfants (0-15 ans) ; les OEV (0-18 ans) ; les jeunes (15-24 ans) ; les femmes et jeunes filles ; les corps habillés et combattants ; les professionnelles du sexe ; les migrants et routiers ; les enseignants ; les PVVIH ; les consommateurs de drogues ; les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ; les couples discordants ; les travailleurs (secteurs public et privé) ; la population rurale ; et enfin, la population carcérale.

Après l'Etude sur les indicateurs du Sida de 2005 qui avait permis au pays, pour la première fois, de disposer de données fiables au plan national et régional sur la situation du VIH/sida en Côte d'Ivoire, les résultats de la 3ème Enquête Démographique et de Santé (EDSCI III 2011- 2012) ont donné une idée encore plus précise du contour de l'épidémie.

C'est sur la base de la revue finale du PSN 2011-2015 et à partir de l'ensemble des données de l'EDSCI III et d'autres études menées qu'il a été procédé à l'élaboration du nouveau Plan Stratégique National 2016-2020, cadre de référence de la présente stratégie.

La revue finale du PSN 2011-2015 qui a été une étape essentielle pour le processus d'élaboration du PSN 2016-2020 s'est déroulée en 4 grandes étapes :

- **Un atelier d'analyse de la réponse nationale et des résultats obtenus en identifiant les forces, les faiblesses et les obstacles, regroupant tous les acteurs**

- **Des missions de terrain** dans 14 des 20 régions sanitaires pour la collecte de données quantitatives et surtout qualitatives à tous les niveaux de la décentralisation et des différents acteurs impliqués : DRS, DS, établissements sanitaires, structures communautaires, réseaux d'ONG et bénéficiaires.
- **Une synthèse de l'analyse de la réponse nationale**
- **Un atelier de validation du rapport de la revue du PSN 2012-2015** qui a permis à l'ensemble des acteurs de déterminer les interventions du PSN 2016-2020 ;

L'élaboration de ce nouveau PSN 2016 – 2020 s'est déroulée elle aussi en plusieurs phases :

- L'analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH et la définition des priorités et des cibles à atteindre en 2020.
- La réalisation d'une étude sur l'efficacité de l'allocation et de la durabilité des ressources financières et la définition des besoins et possibilités d'investissement pour la lutte contre le VIH
- L'élaboration d'une première version du Plan Stratégique National 2016-2020
- La budgétisation du PSN
- La validation technique du PSN
- L'approbation finale du PSN 2016-2020 par le CNLS

Il est donc devenu essentiel et urgent de revoir les stratégies et les domaines d'actions prioritaires à la lumière du contexte actuel et des défis qui se posent à la Côte d'Ivoire en matière de lutte contre le VIH/SIDA en 2016. En particulier il est vital de mettre en cohérence le nouveau PSN et la stratégie de communication qui doit contribuer à la réussite de son exécution.

I.2. QUE VISAIT LA STRATEGIE DE COMMUNICATION 2005-2008 ?

La précédente stratégie visait les publics cibles prioritaires suivants :

- les jeunes,
- les femmes,
- les professionnelles du sexe,
- les militaires/hommes en uniforme/hommes en arme,
- les chauffeurs routiers/apprentis chauffeurs
- les enseignants,
- les personnes infectées et affectées par le VIH,
- les personnes vivant avec le VIH (PVVIH),
- les orphelins et enfants vulnérables (OEV).

Une analyse de la situation avait permis d'appréhender les contextes de vie socioéconomique et professionnelle ainsi que les comportements à risque qui mettent les populations à risque ou les rendent vulnérables au VIH/sida. En dépit de l'existence de modèles de bonnes pratiques au niveau de la sous-région, ces populations restent encore largement non couvertes par les réponses nationales.

La stratégie nationale se proposait de :

- (i) promouvoir le changement de connaissances, attitudes et comportement dans le cadre de la prévention des nouvelles infections, de promouvoir les services et traitements -le Conseil et Dépistage Volontaire, la Prévention de la Transmission Mère-Enfant- et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination ;
- (ii) d'adresser les normes socioculturelles
- (iii) de créer un environnement favorable de soutien et d'inclusion sociale à la prévention et à la prise en charge du VIH/sida.

La vision partagée par toutes les parties prenantes de la lutte contre le sida est la suivante : des publics bénéficiaires plus impliqués y compris des groupes vulnérables valorisés et capables de se prémunir contre les IST/VIH/sida dans un environnement sociopolitique bénéfique et favorable.

Les domaines prioritaires étaient : Prévention de nouvelles infections, Services et traitements, Environnement social et politique

Les axes stratégiques portaient sur :

- la responsabilisation des publics-cibles pour qu'ils adoptent des comportements de prévention limitant la transmission du VIH
- la prise en charge efficace des soins et l'observance au traitement,
- l'amélioration de l'environnement sociopolitique par la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la promotion de l'inclusion sociale
- la promotion de l'efficacité des interventions CCC/VIH/sida.

I.3. COMMENT LA NOUVELLE STRATEGIE A-T-ELLE ETE ELABOREE ?

La nouvelle stratégie de communication pour le changement de comportement en matière de VIH/sida en Côte d'Ivoire portant initialement sur la période 2014 – 2018 mais désormais alignée sur le PSN 2016 – 2020 a été conçue selon une démarche participative respectant un certain nombre d'étapes. :

- Tout d'abord une phase d'analyse secondaire des données a été menée principalement sur les résultats de la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDSCI III 2012) qui permet de disposer de données fiables, approfondies au plan national et régional. D'autres revues ont été réalisées comme l'analyse des interventions de CCC dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida de 2008 à 2013, l'inventaire des supports d'IEC/CCC imprimés et audiovisuels produits de 2008 à 2014, et une revue des documents de politiques et directives en matière de VIH/sida. Des spécialistes et experts ont exploité cet ensemble de données pour en extraire les grands enseignements à la base des futurs axes de la stratégie de lutte.
- La tenue, pendant six jours, à Yamoussoukro, d'un atelier de révision de la stratégie de communication pour le changement de comportement en matière de VIH/SIDA 2005-2008. Cet atelier a réuni autour de l'équipe du MSLS, de JHU CCP et du PEPFAR, du 6 au 11 octobre 2014, presque une quarantaine de participants venus d'horizons divers : des acteurs institutionnels du Programme National de Lutte contre le Sida, du PEPFAR, des partenaires au développement, des associations et ONG. Le travail d'exploitation des données réalisé pendant la première étape a servi de base au travail des participants à l'atelier.
- L'exploitation, par un consultant expert en élaboration de stratégies de communication et disposant d'une solide connaissance du contexte de la Côte d'Ivoire, des produits de l'atelier avec l'élaboration d'un premier draft du document de stratégie CCC 2014-2018.
- La tenue d'un atelier de finalisation, en janvier 2015 qui a permis d'examiner le premier draft de document de stratégie 2014-2018 et d'y apporter des amendements.
- La tenue en 2015 d'un atelier de validation du document de stratégie nationale CCC 2014-2018.
- La révision par un expert international du document de stratégie de CCC 2014-2018 à la lumière du nouveau Plan Stratégique National 2016 – 2020, document finalisé et validé depuis.

Le document de stratégie nationale de communication pour le changement de comportement en matière de VIH/sida en Côte d'Ivoire finalisé et validé par l'ensemble des acteurs impliqués dans les interventions de prévention et de prise en charge fera l'objet d'une dissémination au travers d'ateliers tenus aux plans national et régional.

I.4. COMMENT S'ORGANISE LA STRATEGIE ?

La stratégie nationale de communication pour le changement de comportement en matière de VIH/sida en Côte d'Ivoire s'organise en trois parties :

- Une première partie qui regroupe un certain nombre de réflexions préliminaires à savoir : la justification d'une nouvelle stratégie, le rappel des objectifs de la précédente stratégie de 2005-2008, la méthodologie d'élaboration de cette présente stratégie, les bases théoriques sur lesquelles repose cette nouvelle stratégie.

- Une deuxième partie consacrée à l'analyse de la situation en matière de VIH/SIDA en 2014 et aux évolutions significatives de 2005 à 2015 ; aux réponses qui ont été apportées au niveau institutionnel et par les différents acteurs depuis 2008 face à la pandémie ; aux problèmes prioritaires qui se dégagent suite à l'analyse de la situation ; aux Connaissances, Attitudes et Pratiques des différents segments de cibles prioritairement concernés par le VIH/sida et leurs profils respectifs.
- Une troisième partie dédiée à la stratégie elle-même qui devra être développée puis exécutée pour répondre aux problèmes prioritaires identifiés affectant les groupes - cibles prioritaires. Dans cette partie seront abordés la vision qui préside à la présente stratégie, les approches de communication qui seront employées, les canaux et supports choisis par rapport aux différents segments de cible touchés par le VIH/sida, les messages à adresser à chaque cible en fonction des problèmes prioritaires les concernant.

I.5. QUELLES BASES THEORIQUES POUR LA STRATEGIE ?

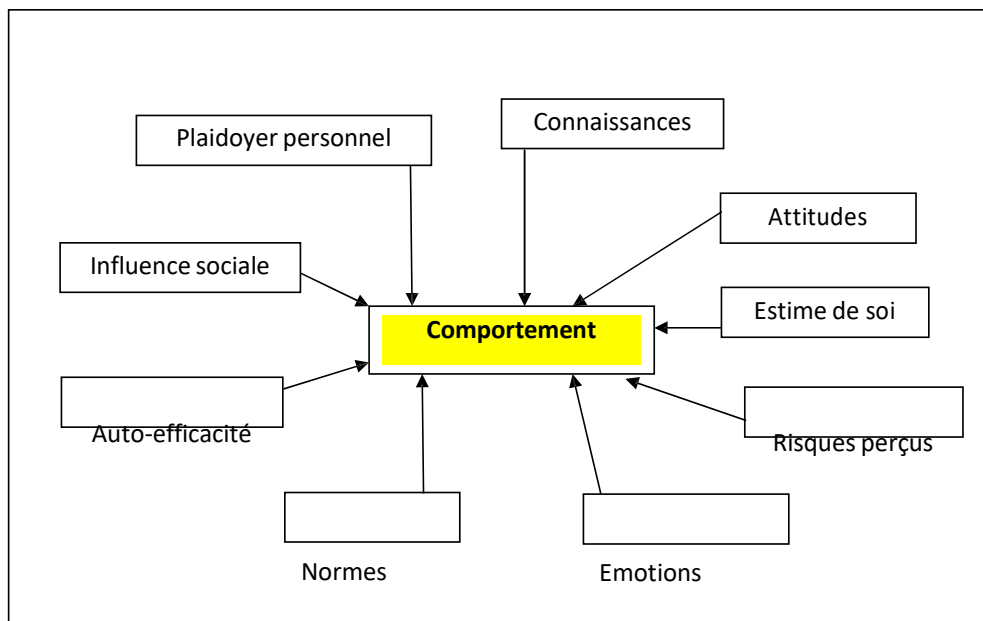
Une stratégie de communication repose sur des modèles qui ont l'avantage d'expliquer le processus et les déterminants du changement de comportement, d'identifier les comportements à promouvoir et de déterminer la séquence idéale des activités à programmer.

Trois grands types de modèles théoriques existent : les modèles psycho-sociaux, les modèles sociaux et les modèles écologiques.

- Les modèles psychosociaux

L'idéation constitue la principale théorie des modèles psychosociaux. Elle se définit une nouvelle façon de penser et les moyens par lesquels cette nouvelle façon est répandue dans la communauté à travers les interactions sociales et les media

Au niveau individuel, le changement de comportement est motivé par le désir des gens de réduire leur risque, de tirer un bénéfice personnel de la nouvelle attitude ou pratique adoptée et il est facilité par le renforcement d'un sentiment d'efficacité personnelle à maintenir le changement. Les modèles psychosociaux privilégient ce niveau.



Théorie de l'idéation

Les différents modèles psychosociaux élaborés dans les sociétés occidentales ont une pertinence limitée dans des contextes sociaux où les décisions découlent des normes et processus du groupe. Ils mettent en effet l'accent sur l'individualisme et les processus cognitifs et impliquent une prise de décision rationnelle et linéaire alors que dans le contexte africain les interactions entre le comportement individuel et des facteurs sociaux, culturels et économiques déterminent largement le comportement.

-Les modèles sociaux

Ils sont basés sur le présupposé que les facteurs déterminant le comportement sont complexes; et que les facteurs au niveau individuel n'expliquent pas suffisamment le comportement. Ils mettent l'accent autant sur les facteurs communautaires qu'individuels, mais surtout ils reconnaissent l'influence importante de l'environnement immédiat et des groupes de pairs sur les comportements normatifs.

Les interventions basées sur les modèles sociaux mettent l'accent sur la mobilisation communautaire, la participation et l'investissement de la communauté pour un changement des normes sociales.

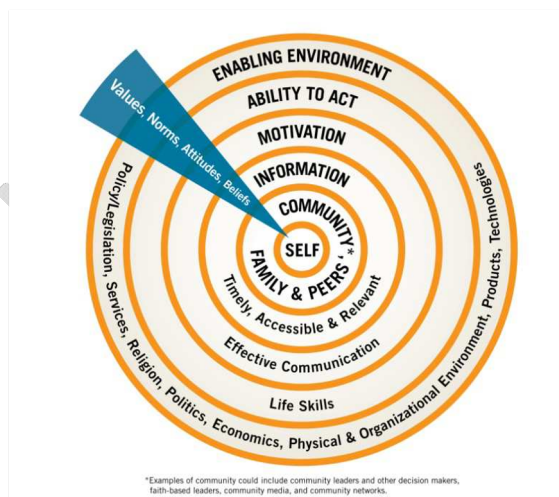
Parmi la demi douzaine de théories qui se classent parmi les modèles sociaux, une théorie émerge : la théorie de l'influence sociale.

La théorie de l'influence sociale repose sur l'hypothèse clé selon laquelle les gens modifient leurs comportements ou croyances sous l'effet d'une pression réelle ou imaginaire, volontaire ou involontaire, exercée par une personne ou un groupe de personnes.

| La théorie de l'influence sociale entend exposer les gens à la pression sociale en même temps que de les équiper à y faire face. Elle s'appuie sur l'approche des pairs-éducateurs pour fournir de l'information et enseigner des compétences spécifiques.

-Les modèles écologiques (structurels/environnementaux)

Ce sont les modèles qui semblent avoir le plus grand potentiel d'assurer le succès des programmes sur le continent africain car les plus adaptés.



Ils mettent l'accent sur la nature multidimensionnelle du comportement et reconnaissent le rôle joué par les facteurs structurels et environnementaux dans la détermination du comportement individuel.

Selon ce modèle, le comportement est influencée par des :

1. Facteurs intra personnels – y compris connaissance, attitudes, image du soi, compétences ;
2. Facteurs interpersonnels: relations et systèmes d'appui social, y compris, la famille, le travail et amis ;
3. Facteurs liés aux institutions – institutions sociales et leurs normes et procédures;
4. Facteurs communautaires - relations entre organisations;
5. Politiques- au niveau local, régional et national (McLeroy, 1988).

Les interventions sont exécutées à plusieurs niveaux et cherchent à vaincre les obstacles à chaque niveau : individuel, niveau ménage/ communauté, réseaux sociaux, et organisationnel/ institutionnel.

Finalement, au niveau socio-culturel on a incorporé les principes de l'épidémiologie sociale dans laquelle les choix individuels, les décisions et les comportements dépendent non seulement des propres caractéristiques et de la personnalité de chacun mais aussi des caractéristiques et normes communautaires.

La stratégie repose également sur l'adoption d'une perspective dite des « étapes de vie » dans laquelle les représentations personnelles propres à chacun concernant la santé et le bien-être, varient selon l'étape de vie dans laquelle se situe l'individu. Cette approche permet d'adapter à chaque audience le paquet de messages et d'activités adaptés à sa position particulière. Elle fournit en outre une opportunité intéressante : les changements significatifs dans la vie des gens, marqués par des événements pivots comme les naissances, diplômes, mariage, premiers emplois, pertes de proches etc..., peuvent servir de moments clés pendant lesquels les gens s'ouvrent à l'adoption de nouveaux comportements ou à l'abandon de pratiques à risques.

En conclusion, la santé est davantage qu'une absence de malaises et de maladies. Elle ne se décrète pas. La bonne santé commence à la maison mais le comportement en matière de santé est influencé à de multiples niveaux. Du niveau purement individuel au niveau social le plus large. Les notions de bonne santé et de bien-être ne peuvent être conceptualisées au seul niveau des phénomènes individuels. Ainsi les interventions doivent reposer sur une approche multi-niveaux afin de provoquer des changements durables de comportement.

DEUXIEME PARTIE

LA SITUATION EN MATIERE DE VIH/SIDA EN 2014 EN COTE D'IVOIRE

II.1. Contexte socioculturel de 2005 à 2014

II.2. Réponses apportées entre 2008 et 2013 ? pourquoi 2013 et pas 2015 ?

II.3. Interventions et approches de communication développées

II.1. CONTEXTE SOCIOCULTUREL DE 2005 A 2015

Une décennie de crise

La Côte d'Ivoire a traversé une crise militaro-politique pendant plus d'une décennie. Cette crise multiforme a contribué à une dégradation des conditions de vie d'une population estimée à 21,9 millions d'habitants en 2010¹. Le niveau de pauvreté a connu une forte augmentation entre 2002 (38,4 %) et 2009 (48,9%)²

L'état de santé de la population ivoirienne est caractérisé par un taux élevé de mortalité et des épidémies jadis éradiquées, ont refait surface comme le choléra, les méningites purulentes et la fièvre jaune. La tuberculose connaît une recrudescence du fait de l'infection à VIH. Le sida reste la première cause de mortalité chez l'homme adulte tandis qu'elle est la seconde chez la femme après la mortalité due à la grossesse et l'accouchement.

La prévalence générale du VIH/Sida en baisse

Selon les estimations de l'ONUSIDA on observe une baisse de la prévalence au sein de la population générale qui est passée de 4,7 % en 2005 à 3,4 % en 2009. Une baisse largement à l'actif des efforts entrepris : 554 sites fonctionnels de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en 2009 sur les 720 Centres de Santé offrant les CPN, soit une couverture de 77 % ; 549 sites de Conseils et de Dépistage Volontaire soit 95% de couverture des districts sanitaires et 48 % de personnes séropositives sous traitement en 2009 pour 32,3 % en 2005³. Cependant malgré tous ces efforts et des résultats encourageants, la Côte d'Ivoire demeure le pays le plus touché par le VIH/sida de la région ouest africaine.

Le visage de la pandémie évolue

De manière plus détaillée et selon les résultats de la dernière Enquête Démographique et de Santé de 2012, la prévalence selon le sexe et le milieu de résidence parmi les hommes et les femmes de 15 à 49 ans montre que le phénomène est plus féminin (4,6 %) que masculin (2,7%), plus urbain (4,3 %) que rural (3,1 %) mais surtout touche bien davantage les femmes du milieu urbain (5,5 %) que celles du milieu rural (3,6%).

On observe toutefois un fléchissement important de la prévalence parmi les femmes (de 6,4 % en 2005 à 4,6 % en 2012) alors qu'elle reste quasi stationnaire chez les hommes (2,9% en 2005 à 2,7% en 2012)

La capitale économique Abidjan, la région Sud et la région Centre-Est qui affichaient les plus forts taux de prévalence en 2005 sont celles qui ont enregistré une baisse significativement importante (1 à 2 points), même si elles restent à des niveaux assez élevés par rapport à nombre d'autres régions.

Niveaux d'instruction, sexe, statut matrimonial et lieu de résidence : des facteurs déterminants

Le niveau d'instruction des femmes joue sur la prévalence puisque c'est parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction ou un niveau primaire que la prévalence est la plus forte

¹ Projections de l'INS

² DSRP 2009

³ Rapport annuel ONUSIDA 2009

(respectivement 5 % et 4,9 %) alors que pour les hommes le niveau d'instruction ne semble guère influencer la prévalence. Surtout c'est parmi les femmes de 15 à 49 ans, divorcées ou veuves, que la prévalence est nettement la plus élevée (respectivement 8 % et 17,3 %)

Plus les hommes et les femmes avancent en âge, plus la prévalence du VIH est élevée. Parmi les jeunes gens, c'est le groupe des jeunes femmes de 23-24 ans qui est le plus touché (4,9 %).

Des connaissances générales sur le VIH mais peu de connaissances approfondies

D'avantage d'hommes (80 %) que de femmes (60 %) connaissent le préservatif et également une proportion d'hommes (79%) plus élevée que de femmes (67%) savent qu'il faut limiter le nombre de partenaires sexuels pour se protéger contre le VIH. Enfin davantage d'homme (69%) que de femmes (50 %) citent conjointement les deux moyens que sont le préservatif et l'abandon des partenaires multiples comme moyens pour éviter la propagation du VIH/sida.

Si l'on prend en compte la connaissance réellement approfondie et complète sur le VIH, c'est-à-dire la maîtrise des trois critères : i) le condom+ la fidélité pour se protéger ; ii) le rejet des idées erronées (transmission par les moustiques ou moyens surnaturels) ; iii) le fait qu'une personne paraissant en bonne santé peut être porteuse du virus, on s'aperçoit que l'écart entre hommes et femmes est moins important mais les hommes restent mieux informés que les femmes.

On observe une très légère baisse des personnes disposant d'une information approfondie sur le VIH/sida entre l'EIS 2005 et l'EDS 2012 : fléchissement de 26 à 25 % pour les hommes et de 16 à 14 % pour les femmes.

En 2014, les hommes paraissent donc un peu mieux informés que les femmes mais la connaissance approfondie des modes de contamination et des moyens de se protéger du VIH/sida reste insuffisante malgré les interventions menées pendant la dernière décennie.

La connaissance en matière de PTME est meilleure chez les femmes (52 %) que chez les hommes (42 %). Entre 2005 et 2012, la progression des connaissances en matière de PTME a évolué plus vite chez les femmes, en particulier en ce qui concerne le fait de savoir que la transmission du VIH à l'enfant à naître peut être réduite par la prise de médicaments par la mère. En 2012, 61% des femmes le savent contre 44% en 2005. Ce résultat est encourageant.

Des connaissances sur le VIH mais des pratiques quasi inchangées

Si nombreux sont ceux et celles qui ont des connaissances sur les moyens de se prémunir contre le VIH/Sida, la pratique du multi-partenariat parmi les hommes en général (16-49 ans) reste quasi inchangée (de 31% à 29 %) et l'on constate que l'utilisation du condom est en chute libre : de 52% d'utilisation à 36% chez les hommes et de 34 % à 30 % chez les femmes. Autrement dit les hommes ont quasiment toujours autant de partenaires sexuelles mais ils utilisent encore moins le préservatif qu'en 2005.

La pratique du test de dépistage du VIH resté également insuffisante même si entre 2005 et 2012, on a gagné 10 % pour les femmes et 7 % pour les hommes. Si 62% des femmes et 61% des hommes disent savoir où ils peuvent aller pour effectuer le test, seulement 35 % des femmes et 23 % des hommes ont affirmé l'avoir effectué un jour dans leur vie. Soit une femme sur trois et à peine un homme de 15 à 49 ans sur quatre. Si l'on prend en compte ceux qui ont effectué ce test de dépistage au cours de l'année écoulée, ils ne sont plus que 14 % de femmes et 10 % d'hommes.

Parmi les jeunes de 15 à 24 ans ce sont surtout les garçons vivant en milieu urbain qui disposent de connaissances assez approfondies sur le VIH/sida (32 %) et qui savent où se procurer le condom (94 %) alors que les jeunes filles et femmes du milieu rural sont trois fois moins à avoir des

connaissances approfondies sur le virus dans ce cas (8%) et seulement 54% à savoir où l'on peut se procurer le préservatif.

Dans ce groupe, un sur deux a eu des rapports au cours de l'année écoulée mais ce sont les jeunes hommes (60 %) qui ont davantage utilisé le condom que les jeunes filles/femmes (39 %)

L'âge au premier rapport sexuel reste plus précoce pour les filles : 69 % avant 18 ans (et même 20 % avant l'âge de 15 ans) alors que 48 % des garçons sont dans ce cas. Toutefois on observe une légère évolution à la baisse entre 2005 et 2012 puisque les premiers rapports sexuels avant 18 ans sont tombés de 73 % à 69 % parmi les filles et de 56 % à 48 % chez les garçons.

Parmi les jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels dans l'année précédant la dernière l'EDS, plus de filles que de garçons ont fait le test de dépistage du VIH/SIDA (14 % pour les filles et 10 % pour les jeunes hommes) mais globalement le pourcentage reste très faible.

La stigmatisation ne régresse pas

On assiste à plus de stigmatisation envers les PVVIH en 2014 qu'en 2005. Même si les hommes restent globalement deux fois plus tolérants que les femmes (16 % contre 8 %), la situation s'est davantage dégradée parmi les hommes : 22 à 16% d'attitudes totalement tolérantes vis à vis des PVVIH que parmi les femmes (baisse de 10 à 8% d'attitudes totalement tolérante envers les PVVIH).

II.2. QUELLES REPONSES ONT ETE APPORTEES ENTRE 2008 ET 2013 ? Pourquoi ne pas mentionner ce qui a été fait dans le cadre du PSN 2011-2015 ? Pour toute cette partie il faudrait actualiser avec les données fournies dans le PSN 2016-2020. (Je l'ai fait plus loin)

Afin d'opérationnaliser le PSN 2006-2010, un Plan d'Action National (2006-2007) 2008–2009) ainsi que vingt (20) plans opérationnels régionaux dont celui du district d'Abidjan ont été élaborés.

Les changements envisagés au terme du PSN 2006-2010 étaient :

- (i) une augmentation de la fréquentation des CDV,
- (ii) une réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant,
- (iii) un accroissement de l'utilisation systématique des préservatifs chez les jeunes, les femmes et les populations clés à haut risque d'infection à VIH,
- (iv) une réduction de l'incidence des IST et le traitement des cas d'IST,
- (v) une réduction de la prévalence du VIH chez les nouveaux donneurs de sang.

Des efforts considérables ont été enregistrés dans plusieurs domaines de la réponse nationale au sida.

Sur le plan institutionnel, en dépit de la situation de crise que le pays a traversé de 2002 à 2011, l'engagement politique contre le sida s'est renforcé. En ce qui concerne la coordination, on a assisté à la création des organes suivants :

- Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), présidé par le Chef de l'Etat avec pour Secrétariat Technique, le Ministère de la Lutte contre le Sida. Ce Conseil a un rôle d'orientation politique et stratégique.
- Le Comité Interministériel de Lutte contre le Sida (CIMLS), présidé par le Premier Ministre, qui coordonne l'activité gouvernementale en matière de lutte contre le sida.
- Le Forum des partenaires, coprésidé par le Ministre de la Lutte contre le Sida et le Ministre de la Santé.
- La coordination décentralisée est de mise et on compte 10 régions sur 19 bénéficiant de la présence de Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives locales (CTAIL) qui ont pour rôle d'assister les comités déconcentrés et décentralisés (régions, département, communes dans leurs missions de coordination).

La réponse est également marquée par une forte implication de la société civile avec ses différents réseaux d'ONG et OBC. On peut citer notamment le Conseil des Organisations non gouvernementales de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COSCI), le Réseau Ivoirien des PVVIH (RIP+), le Réseau des Professionnels des Médias, des Arts et des Sports contre le Sida (REPMASCI), l'Alliance des Religieux contre le VIH/Sida et les autres Pandémies (ARSIP), le Réseau Ivoirien des Jeunes contre le Sida (RIJES) et le Réseau des Organisations Féminines (RIOF). Ces réseaux sont bien structurés et comptent en leur sein un nombre très important de membres qui jouent un rôle actif dans la lutte contre le Sida et constituent des partenaires clés dans la réponse à l'épidémie.

A ce jour, environ 700 ONG sont répertoriées par la Direction du Secteur Privé et de la Société Civile (DSPSC) du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. Ces acteurs de la société civile sont intervenus principalement dans la prévention, le renforcement de la prise en charge communautaire pour le suivi des malades et la continuité des soins afin de réduire le nombre de perdus de vue. Ils ont aussi apporté leurs contributions aux soutiens nutritionnel et alimentaire, juridique et socio-économique visant à l'accompagnement des Personnes Infectées et Affectées par le VIH pour l'amélioration de leur qualité de vie.

Les collectivités locales ont renforcé leurs interventions dans la lutte contre le VIH/sida à travers l'Alliance Ivoirienne des Maires et Responsables Municipaux sur le VIH/Sida (AMICALL), organe spécialisé de l'Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire (UVICOCI).

Le secteur privé a été un acteur clé dans la lutte contre cette pandémie dont il est lourdement tributaire. Près de 300 entreprises disposent aujourd'hui de cellules focales de lutte contre le Sida en vue d'intensifier la prévention et de renforcer la prise en charge des travailleurs et leur famille. Des coalitions sont constituées dont les plus importantes sont la Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI) et de la Coalition des

Entreprises de Côte d'Ivoire (CECI) contre le Sida. Un programme « TOP Performance » a été mis en place au sein des entreprises pour redynamiser la lutte contre le sida en leur sein et faciliter la coordination et un meilleur suivi des interventions de prévention et de prise en charge.

Les principaux résultats du PSN 2006-2010

Des efforts importants ont été consentis à tous les niveaux et des progrès remarquables ont été faits au niveau de la prévention, du traitement et des soins et soutien.

Au niveau du dépistage dans la population générale

En 2005, selon l'enquête sur les indicateurs du Sida, environ 3.5% de la population avait subi un test de dépistage du VIH alors que l'objectif était fixé à 10% et à 25 % pour 2010. Cependant, des efforts importants ont été faits :

- (i) l'augmentation de l'offre de dépistage avec l'ouverture de 320 sites;
- (ii) l'intégration dans les structures sanitaires du Conseil et dépistage ;
- (iii) et la mise en place du nouvel algorithme de dépistage au bout des doigts. En 2011, on dénombrait 549 sites CDV, soit une couverture en district sanitaire de 95%.

Au niveau de la prévention de la Transmission de l'infection à VIH de la Mère à l'Enfant

41% des femmes enceintes infectées par le VIH ont reçu en 2009 un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de transmission à leurs bébés. Cette proportion représente la moitié de l'objectif de 80% prévue en 2010.

Au niveau des sites de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le nombre de sites fonctionnels est passé de 316 (en 2008) à 554 (en 2009) alors que la cible pour 2010 était de 537 sites PTME sur les 720 centres de santé qui offrent la CPN, ce qui donne un taux de réalisation de 103%. Cependant sur la même période, seulement 64,91% des femmes enceintes vues en CPN ont été dépistées pour le VIH en Côte d'Ivoire, soit 342 698 femmes enceintes (PSN, 2011-2015).

Au niveau de la prise en charge et du traitement

On note un renforcement de l'offre de services de prise en charge globale, une amélioration de l'accès au traitement ARV et la prise en charge des Infections Opportunistes (IO).

Une augmentation du nombre de personnes sous traitement a été observée. De 32,30% en 2006, on est passé à 48% en 2009. Cependant, l'objectif de 104 000 personnes à mettre sous traitement à l'horizon 2010 n'a pas été atteint.

Au niveau des soins et soutiens

En matière de prise en charge des OEV, un Programme National de Prise en Charge des OEV (PN OEV) a été mis en place.

Le rapport annuel de la réponse nationale 2010 indique une augmentation du nombre des OEV pris en charge qui est passé de 92 480 OEV en 2008 à 116 500 en 2009. Ainsi ce sont 26 % d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables, âgés de moins de 18 ans, vivant dans des foyers qui ont bénéficié d'au moins une prise en charge (scolaire, nutritionnelle, médicale, juridique, etc.). Ce pourcentage est loin des objectifs identifiés au niveau national, soit 40% en 2008 et 60% pour 2010.

En matière de marketing social, en 2008, selon le rapport national sur le sida, environ 83 517 967 préservatifs (masculins et féminins) ont été distribués, soit 77% de l'objectif de 2008. Le nombre de préservatifs vendus en 2008 est trois fois supérieur à celui vendu en 2007 mais en 2009, le nombre de préservatifs distribués n'était plus que de 39 377 505, soit une baisse de 52% par rapport à son niveau de 2008. Pour 2010, aucune cible n'a été spécifiée rendant difficile le suivi de cet indicateur principal

Les principaux résultats du PSN 2011 - 2015

Tableau récapitulatif des faits et tendances relevés par le nouveau PSN 2016 2020
suite à la revue finale du PSN 2011-2015

LES FAITS	LES TENDANCES
460 000 PVVIH en Côte d'Ivoire ¹	
Nombre de décès dus au VIH : 22 000 = 110 pour 100 000 habitants Baisse de 9200 (2000) à 3900 en 2014 chez les enfants entre 2000 et 2014	Les nouvelles infections au VIH ont chuté de 50 % entre 2000 et 2014 ² . Réduction de la prévalence + baisse des nouvelles infections + baisse de la mortalité due au VIH = efficacité de la réponse
Prévalence VIH dans population générale ivoirienne 3,7 %	Tendance à la baisse dans population générale 4,5% en 2005)
Moins de 1% de prévalence parmi les 15-19 ans	Tendance à la baisse de la prévalence chez les 15-19 ans et 20 – 24 ans
14 % des filles de 15 à 24 ans disent s'être fait dépister, 10 % pour les garçons	
Femmes plus touchées (4,6%) que les hommes (2,7%) 1,6 % de prévalence chez les femmes enceintes en 2008 et moins de 1 % en 2014	fléchissement important de la prévalence parmi les femmes (de 6,4 % en 2005 à 4,6 % en 2012) alors qu'elle reste quasi stationnaire chez les hommes (2,9% en 2005 à 2,7% en 2012) Prévalence plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural
Utilisation du préservatif en chute libre. Chez les hommes de 52 à 36 % et chez les femmes de 34 à 30 % sur la dernière décennie	Connaissance approfondie sur le SIDA connaît un léger fléchissement 26 à 25 % pour les hommes, 16 à 14 % pour les femmes
Prévalence du VIH parmi les PS (hommes et femmes) entre 25 et 30 % et 15-20 % pour les HSH	Tendance à la réduction de la prévalence VIH au sein des PS en 2014 Malgré tendance à la baisse de la prévalence parmi les PS ce groupe reste prioritaire
Multi-partenariat sexuel pour 31 % des hommes	Situation quasi inchangée 31 à 29 %
Rapports sexuels précoces. Pour 69 % avant 18 ans parmi les filles	Phénomène moins marqué chez les garçons : 48% de rapports avant 18 ans
62 % des PS ont des relations sexuelles consensuelles non payantes et dans 66 % de ces dernières il n'y a pas utilisation du préservatif	
47,9 % des PS ont déjà subi des violences physiques ; 35,8% ont subi des violences sexuelles, 24,8 % ont été déjà harcelés par les hommes en uniforme	
Prévalence du VIH de 15-20 % parmi les HSH 18 % de prévalence du VIH parmi les HSH ³ et parmi eux : 61,2 % ont effectué le test de dépistage et obtenu le résultat	
70,2 % des HSH enquêtés disent avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport anal. 34 % des HSH utiliseraient systématiquement le préservatif	

¹ Rapport ONUSIDA 2014

² Rapport ONUSIDA 2014

³ Etude SHARM FHI 360 – 2012. Etude sur le VIH et les facteurs de risques associés chez les HSH d'Abidjan

9,5 % de prévalence au VIH parmi les UD – Utilisateurs (trices) de Drogue⁴ : 10,9% sont des PS femmes et 22,5 % d'entre elles sont séropositives 50 % des UD ont plus d'un partenaire sexuel 23% utilisent le préservatif régulièrement 38 % ont effectué une fois le dépistage du VIH	Liaison entre Utilisation de drogue, multi-partenariat, prostitution
9,1 % des UD sont des HSH et 39 % d'entre eux sont séropositifs.	
16 % d'attitudes tolérantes parmi les hommes face aux PVVIH 8 % d'attitudes tolérantes chez les femmes face aux PVVIH	Toujours plus de stigmatisation puisqu'en 2005 les hommes étaient 22 % à avoir des attitudes tolérantes et les femmes étaient 16 % étaient dans ce cas.

⁴ Etude Médecin du Monde Sant des personnes usagères de drogue à Abidjan 2014

FAIBLESSES PAR AXES STRATEGIQUES	FORCES
Axe stratégique 1 : Prévention Faible implication des prestataires dans le CD lors des consultations : moins 30 % de proposition du test de dépistage 70 % des structures sanitaires mènent des activités de dépistage en 2014 Mauvaise prise en charge des IST par indisponibilité des Kit IST dans les CS Insuffisance de prestataires formés au diagnostic et à la PEC des IST Faible accès aux préservatifs masculins et surtout féminins Faible promotion du retardement des premiers rapports sexuels et la réduction du multi-partenariat	- Amélioration du CD grâce à la stratégie de CDIP, au dépistage communautaire en porte à porte - réalisation de nombreuses activités de sensibilisation de masse sur l'eTME -Stratégie des cliniques de nuit sur les sites de travail du sexe -Initiative de sensibilisation des HSH par Internet -Initiatives innovantes pour la rétention des femmes enceintes et mères séropositives (ONG APROSAM de San Pédro), la rétention des Educateurs Pairs Professionnel(le)s du sexe (Projet Impact CI d'Abengourou)
Axe stratégique 2 : Prise en charge Elaboration trop tardive du PIC sur l'eTME (octobre 2015) Sous notification des cas d'exposition au sang et liquides biologiques Kits PPE (Prophylaxie post exposition) indisponibles dans les structures sanitaires Seulement 55 % des prestataires formés à la PEC des cas d'AES La PEC pédiatrique reste un défi national 184 047 PVVIH en besoin de traitement ARV estimés en fin 2014 et 140 710 effectivement mis sous ARV = 76 % Difficulté d'accès au bilan biologique pour les PVVIH (nombre insuffisant de labos, délais du rendu des résultats, rupture d'intrants, insuffisance d'entretien des équipements de labo). Situation stagnante pour la mise sous ARV des enfants en ayant besoin (Les enfants : 6 % de la file active et seulement 18 % d'entre eux ont accès aux ARV ^s . 49 % d'accès aux ARV pour les PVVIH adultes contre 21 % pour les enfants avec une mise tardive	- Accroissement du nombre de sites de PEC : 459 sites en 2012, 536 en 2013 et 768 en 2014 - Amélioration de la rétention des PVVIH dans les sites de Pec grâce au soutien AGR et psychologique et spirituel - Nombreuses ONG actives - Progression de la file active : 109 925 PVVIH sous ARV en 2012, 123 692 en 2013 et 140 710 en 2014 - Expérience de PEC du VIH en milieu carcéral à la MACA d'Abidjan, à Dabou et Sassandra par Expertise France ex- ESTHER + ONG locales Existence d'un réseau informatique national du CNTS avec 3 CTS, 19 ATS, et 5 SP
Axe stratégique 3 : Réduction de l'impact socio-économique Sous documentation et absence d'enquêtes nationales sur discrimination/ stigmatisation Pas d'application effective du décret de la loi 430 sur la prévention/protection/répression Activités de renforcement économique à l'intention des PIAVIH non pérennes Faible niveau de collaboration Ministères / secteur privé Insuffisance de personnels formés et grande mobilité Ressources financières insuffisantes, surtout en direction des OEv et leurs familles (0,5 %)	Alignement de l'axe 3 du PSN sur le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et le Plan National de Développement Sanitaire Trois Domaines d'Action Prioritaire : i) Protection contre la discrimination et la stigmatisation ; ii) Soutien socio-économique des PIAVIH et groupes les plus à risques ; iii) soutien aux enfants affectés et infectés par le VIH
Axe stratégique 4 : Gouvernance de la réponse nationale Insuffisance des ressources mobilisées par rapport aux besoins Non alignement de l'aide extérieure sur les priorités et procédures nationales Insuffisance de coordination et contrôle de gestion des fonds mobilisés Faible performance du système d'information sanitaire stratégique et de routine Désorganisation de la coordination et affaiblissement de la multisectorialité suite à la période de crise Trop grande emprise du secteur Santé sur les autres Manque de formalisation du cadre de partenariat multisectoriel de coordination entre secteur public et système communautaire Insuffisance de coordination avec les structures nationales	Principaux organes de coordination modifiés et simplifiés et plus opérationnels : CNLS et Forum des Partenaires Très nombreuses ONG et associations oeuvrant dans le domaine. Depuis 2009 il existe une plateforme de concertation et coordination avec 10 réseaux et faîtières présents dans tout le pays Existence depuis 2006 du CECI – Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire contre le Sida. Nombre d'entreprises engagées en augmentation Existence depuis 2013 d'un Document de Politique de Lutte contre le Sida en milieu du travail Existence d'un Plan Stratégique Intégré de la CECI 2013-2015 (prévention et PEC)

Insuffisance des activités de renforcement de capacités et suivi Secteur privé encore émergent dans la lutte contre le SIDA Nombre d'entreprises engagées en augmentation mais actions menées diverses et trop focalisées sur la prévention Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire contre le SIDA, CECI, créée en 2006. Leurs cotisations se sont stabilisées Système de collecte non exhaustif ne prenant pas en compte les données du secteur privé libéral, du secteur parapublic (armée, police, douane...) Revue à mi - parcours du PSN 2012-2015 non réalisée Ruptures de stocks nombreuses (même si en diminution) pour les ARV/intrants/ préservatifs Insuffisance dans la gestion des médicaments à la périphérie Manque de traçabilité des financements extérieurs Faible réussite des stratégies novatrices de mobilisation de fonds par manque de communication Aspects Genre insuffisamment pris en compte dans le PSN ainsi qu'en matière de Droits Humains (absence de Décret d'application de la loi contre la stigmatisation et la discrimination du 14 juillet 2014) Absence d'informations sur les PHV et de plan opérationnel les ciblant et faible ressources allouées aux interventions visant cette cible (2,41 % du total) Faible couverture des jeunes non scolarisés et déscolarisés avec une faible implication des organisations de jeunesse	Partenariat avec le secteur médical privé Existence d'un Plan triennal pour le Renforcement du Système d'Information Sanitaire 2014-2016 Mise en place de nouveaux mécanismes innovants de mobilisation de ressources En 2013, les dépenses de la lutte contre le Sida se sont élevées à 55,2 milliards de francs CFA
---	---

⁵ ONUSIDA 2013

II.3. QUELLES INTERVENTIONS ET APPROCHES DE COMMUNICATION ONT ETE DEVELOPPEES JUSQUE LA?

| En août- septembre 2013, une analyse situationnelle des activités CCC dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA ciblant les structures de mise en œuvre et leurs partenaires a été commanditée, dans six (6) villes de la Côte d'Ivoire par le Ministère de la Santé et de la lutte contre le sida, avec l'appui technique et financier de JHU/CCP.

Sur la période de 2008 à 2013, ont été recensées 210 activités de CCC réalisée par un effectif de 104 structures dont 13 sont des Partenaires Techniques et Financiers. Pour 73,6% ce sont les ONG qui mettent en œuvre ce type d'activités, pour 16,5 % ce sont des Comités Sectoriels, pour 7,7% par des Cellules focales dans des entreprises privées.

Les offres de services de prévention des différentes structures se déclinent, en grande partie, en activités de distribution de préservatifs dans 81,7% des cas, de Communication pour le Changement de Comportement dans 98,7% des cas, de conseil de dépistage volontaire (CDV) dans 72,1% des cas, de PTME, 47,1%, et de prévention des accidents à l'exposition au sang et autres liquides biologiques, 16,3% des cas.

La distribution des préservatifs s'adresse prioritairement aux jeunes âgés de 15-24 ans (47,1%), femmes et jeunes filles (39,4%), adultes (31,7%), PVVIH (28,8%) et aux Professionnelles (ls) du sexe (23,1%).

Les services de CCC proposés par les structures visent également prioritairement les jeunes âgés de 15-24 ans, dans 60,6% des cas, puis les femmes et jeunes filles dans 51,9% des cas, les OEV (0-18 ans) par 41,3% des structures enquêtées.

En outre, dans un tiers des cas, les structures rencontrées offrent des services à l'intention des PVVIH (38,5%), des enfants âgés de 0-14 ans (37,5%), de la population rurale (36,5%), des jeunes non scolarisés/déscolarisés (36,5%), des femmes enceintes (34,6%) et des élèves/étudiants (33,7%).

Les messages diffusés portent :

- A 30,5% sur les connaissances générales sur le VIH/sida, le condom, les comportements à risques, le CDV, l'estime de soi, la communication dans le couple.
- A 22,6 % sur le dépistage, les IST, les services existants, le traitement.
- A 21,3 % sur le « vivre positivement » (hygiène, alimentation...).
- A 17,5% sur l'abstinence et la fidélité.

Les activités CCC recensées au cours de cette étude se structurent essentiellement autour de la mobilisation communautaire qui balaie un très grand nombre de cibles : les jeunes de 15-24 ans pour 31,7% ; le personnel du secteur privé pour 10,2 % ; les femmes et jeunes filles pour 8,5% ; les professionnelles du sexe pour 7,5% ; les migrants et routiers pour 5,4% ; les PVVIH pour 4,3 % tout comme les fonctionnaires ; les élèves et étudiants pour 3,8 % ; les corps habillés pour 3,2%.

Les visites à domicile recouvrent 11,9 % des activités de prévention et visent essentiellement les OEV pour 42,9% ; les hommes en tenue pour 40 % ; les PVVIH pour 22,2% cas ; les femmes enceintes pour 20 % et les MSM pour 14,3%.

Le counseling mené principalement dans les structures de santé, représente 36,7 % des activités de communication, il concerne surtout les femmes enceintes fréquentant les CPN.

Selon les conclusions de l'étude, l'analyse approfondie des résultats des activités de prévention, dont la CCC, indique que la communication de masse est pertinente puisqu'elle a permis parmi la population une bonne connaissance générale sur les modes de transmission du VIH/sida et les moyens de prévention⁴ **mais** elle n'a pas vraiment permis de déclencher les changements de comportements souhaités⁵. Seule la combinaison de la communication de masse, de la mobilisation communautaire et surtout de la CIP par la pair- éducation donne certains résultats. C'est grâce à cette dernière approche que l'on a pu observer une certaine réduction du nombre de partenaires sexuels, une meilleure utilisation du préservatif, davantage de pratique de l'abstinence et de la fidélité et une meilleure fréquentation des services selon l'étude du projet RESPOND⁶.

L'efficacité des activités de CCC est relativisée par les nombreuses difficultés rencontrées par les ONG qui les initient et qui sont pointées par l'étude de l'analyse situationnelle.

Des difficultés qui se situent à différents niveaux :

- Difficultés au niveau de la conception même des activités du fait de l'absence d'études de base qui permettraient une meilleure prise en compte du référentiel socioculturel des populations cibles.
- Difficultés dans la planification des actions avec des périodes trop courtes pour atteindre des objectifs trop nombreux et ambitieux.
- Difficultés de déplacement pour effectuer un suivi correct des activités.
- Difficultés organisationnelles dues à la faiblesse des ressources humaines disponibles, et à leur faible performance en matière de gestion.
- Difficultés matérielles par manque de locaux adéquats et d'équipements audiovisuels et informatiques.
- Difficultés financières dues à la faible capacité de mobilisation de ressources qui entraîne la totale dépendance des ONG face aux programmes/projets et aux partenaires techniques et financiers.

PROBLEMES PRIORITAIRES PAR CIBLE

CIBLES	PROBLEMES PRIORITAIRES
Les jeunes de 15 – 19 ans	- Relations sexuelles précoces et faible promotion du retardement des premiers rapports sexuels - Faible connaissance et conscience du risque du VIH - Insuffisance PEC spécifique des jeunes et adolescents - Faible intervention auprès des non scolarisés et déscolarisés
Les jeunes de 20 – 24 ans	- Faible promotion de la réduction du multi-partenariat - Faible taux de dépistage des IST/VIH/SIDA - Faible utilisation du préservatif - Difficile accès aux préservatifs en particulier préservatifs féminins
Les femmes en général	- Fragilité sociale des femmes seules (divorcées, veuves, célibataires) - Une prévalence plus élevée que chez les hommes - Faible utilisation du préservatif par les couples - Insuffisante disponibilité du préservatif féminin - Multi-partenariat des conjoints partenaires - Violences sexuelles - Attitudes intolérantes et Stigmatisation face aux PVVIH
Les femmes enceintes	- Insuffisante fréquentation des structures sanitaires pour les CPN, l'accouchement assisté et les CPoN - Manque de soutien et stigmatisation des femmes enceintes séropositives par les familles - Faible rétention des femmes enceintes et mères séropositives dans les structures de PEC
Les Professionnelles du Sexe féminines	- Insuffisante utilisation du préservatif avec les clients (faible capacité de négociation) - Très faible utilisation du préservatif avec le partenaire régulier - Accès difficile à la prévention et aux soins en cas d'activité clandestine - Stigmatisation et violences sociales et sexuelles - Importance de la prévalence des IST
Les HSH Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes et Professionnels du Sexe masculins	- Rapports sexuels dissimulés par marginalisation sociale - Faible utilisation du préservatif - Stigmatisation et discrimination dans les lieux de soin - Faible connaissance du statut sérologique - Multi-partenariat sexuel - Faible conscience du risque - Liens étroits avec la prostitution
Les PIAVIH et PVVIH dont les OEV	- Stigmatisation et discrimination - Insuffisante observance des traitements ARV - Manque de soutien familial et social - Difficultés d'accès aux soins et auto exclusion - Faible prise en charge au niveau HIV pédiatrique

Les UD –Utilisateurs de Drogues et UDI	Conjugaison fréquente avec le travail du sexe Marginalisation sociale et discrimination dans les lieux de soins Faible visibilité de ce groupe Faible réalisation du dépistage et connaissance du statut sérologique Prise de risques sexuels sous l'effet de la drogue Pas d'accès aux Services de Réduction des Risques (RdR)
Les détenus	Promiscuité et risques sexuels entre hommes Faible accès aux messages préventifs et aux préservatifs Inexistence ou faiblesse de l'accès aux soins Faible conscience du risque de VIH
Les autres Populations Hautement Vulnérables, PHV, (hommes en uniforme, routiers, migrants...)	Manque de données sur la taille de ces groupes Faible accès à des services spécifiques de prévention et de soins Vulnérabilité due au statut et à la mobilité et absence de droits Peu de réalisation du test de dépistage et faible connaissance du statut sérologique Faible utilisation du préservatif

TROISIEME PARTIE

LA STRATEGIE DE COMMUNICATION

- III.1. Cadre théorique du PSN 2016 – 2020 comme cadre de référence
- III.2. Vision pour la Côte d’Ivoire en matière de VIH/Sida : le PSN 2016-2020
- III.3. Domaines et problèmes prioritaires de la stratégie de CCSC
- III.4. Groupes cibles prioritaires, profil, connaissances, attitudes et pratiques
- III.5. Axes stratégiques d’intervention
- III.5. Canaux et les supports de communication
- III.6. Messages clés

*

III.1. LE CADRE THEORIQUE DU PSN 2016 – 2020

Le nouveau PSN s'aligne sur les politiques et stratégies nationales telles que le Plan National de Développement 2016-2020 et le Plan National de Développement Sanitaire 2015-2020. Les cibles annuelles du PSN visent aussi celles des PND et PNDS 2016-2020 !

La vision stratégique s'inscrit dans le cadre de la définition des nouvelles cibles de l'accès universel au traitement ARV en Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) et repose sur cinq fondements : (i) L'adhésion de la Côte d'Ivoire à la Déclaration Politique sur le VIH/sida « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida », adoptée suite à la réunion de Haut Niveau en juin 2011 à New York ; (ii) les évidences scientifiques relatives à l'intensification rapide d'un traitement du VIH de qualité et bénéfiques thérapeutiques de l'initiation précoce du traitement ARV ; (iii) les nouvelles directives consolidées de l'OMS ; (iv) l'appel du Conseil de Coordination du Programme (CCP) de l'ONUSIDA ; (v) le lancement du nouveau modèle de financement du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Ce cadre stratégique est aussi en concordance avec le mouvement international pour l'atteinte des objectifs mondiaux de lutte contre le sida, dont l'échéance est fixée à 2020 par les États membres des Nations Unies. Mettre fin au sida à l'horizon 2030 est une composante à part entière des Objectifs de développement durable (ODD) unanimement adoptés par les États Membres des Nations Unies en 2015.

Les objectifs des cibles 90-90-90 :

L'ONUSIDA a récemment appelé le monde à adopter l'objectif « 90-90-90 » d'ici à 2020 : 90 % des personnes séropositives connaissant leur statut sérologique, 90 % de personnes séropositives reçoivent des traitements antirétroviraux et 90 % des personnes sous traitements antirétroviraux ont une suppression virale durable.

La Côte d'Ivoire s'engage pour l'accélération de la mise en œuvre des approches intégrées de prévention et de traitement du VIH afin de progresser vers la phase de l'élimination à l'horizon 2030. En termes de prévention, il s'agit de réduire les nouvelles infections parmi les populations clés les plus exposées au risque et plus particulièrement les nouvelles infections à VIH chez les enfants. Les initiatives de dépistage seront plus stratégiquement ciblées pour atteindre efficacement les populations les plus exposées.

Les principes directeurs du Plan Stratégique National 2016-2020

- L'articulation du PSN 2016-2020 avec les Objectifs de Développement Durables (ODD) qui visent à enrayer l'épidémie de sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles d'ici 2030 et en particulier cohérence avec les objectifs et les cibles de l'ODD 3 « vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être » et les objectifs d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes, de réduction des inégalités, de partenariats mondiaux et de sociétés justes, paisibles et inclusives.
- Les « Trois principes » sont un cadre d'action : une autorité nationale de coordination de la riposte ; la multisectorialité à large assise ; un système convenu et commun de suivi-évaluation
- L'approche Genre et Protection des Droits est le cadre de principe fondateur pour le processus du développement humain. Basée sur les normes internationales cette approche a pour but de lever les obstacles de l'accès à la prévention et aux soins.
- La planification axée sur les résultats pour l'amélioration de l'efficacité et de la redevabilité en comparant résultats réels et résultats prévus.

- L'approche inclusive et partenariale
- La décentralisation de l'offre de prévention et de soins favorisant une riposte plus appropriée aux contextes régionaux et locaux.
- L'intégration du VIH dans les services de santé publique pour sortir le VIH de son isolement, ancrer et pérenniser la riposte au VIH sur le long terme.

Priorités des interventions à haut impact du PSN 2016-2020

- Renforcement de la Prévention avec un « ciblage » sur les populations clés, les adolescents et les jeunes, et les autres populations vulnérables identifiées dans l'analyse de la situation épidémiologique.
- Renforcement de l'offre de PEC pédiatrique qui reste encore une priorité du système de PEC des PVVIH. Intégration de la PEC pédiatrique dans 100 % des sites de PEC adulte.
- Amélioration de la mise en œuvre du Plan éTME et ses Plans opérationnels annuels.
- Opérationnalisation de la délégation des tâches sur toute l'étendue du territoire afin d'étendre la couverture en sites de prévention et de PEC des PVVIH
- Planification stratégique axée sur les résultats se fondant sur des informations pertinentes qui détermine des stratégies et interventions adaptées au contexte local et aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables. « Connaitre son épidémie connaître sa réponse » basé sur un processus de priorisation des interventions et des cibles.

III. 2. VISION POUR LA COTE D'IVOIRE EN MATIERE DE VIH/SIDA

La présente stratégie de communication voudrait voir réalisée la vision suivante :

Une Côte d'Ivoire où les personnes en union comme les célibataires, les jeunes comme les moins jeunes utilisent systématiquement et correctement le préservatif lors des rapports sexuels à risque et réduisent le nombre de leurs partenaires.

Une Côte d'Ivoire où toute la population a accès aux centres de dépistage VIH et toute personne à risque fait son test de dépistage sans avoir peur de connaître son statut sérologique VIH, où les couples se dépistent ensemble et se soutiennent en cas de résultat positif.

Une Côte d'Ivoire où les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les femmes séropositives et leurs conjoints/partenaires ont des connaissances approfondies sur le VIH/sida et pratiquent les comportements souhaités pour que plus aucun nouveau-né ne soit infecté par le VIH et que les femmes enceintes et les enfants séropositifs accèdent au traitement et y soient maintenus.

Une Côte d'Ivoire où les PVVIH, hommes et femmes, accèdent facilement à une prise en charge holistique de qualité, et tous bénéficient d'un soutien approprié de leurs familles respectives. Où ceux qui sont éligibles sont tous sous traitement avec un système de prise en charge de haute qualité.

Une Côte d'Ivoire, sans discrimination et stigmatisation liées au VIH/sida.

III.3. LES DOMAINES, PROBLEMES PRIORITAIRES ET AXES DE COMMUNICATION

Sur propositions des groupes formés lors de l'atelier de Yamoussoukro, les domaines retenus par consensus sont les suivants :

- 1) CDV.
- 2) PTME.
- 3) PEC-Traitement.

4) Préservatifs + multi-partenariat sexuel.

5) Stigmatisation.

D'autres domaines transversaux ont été également identifiés, à savoir :

- Genre.
- Violences Basées sur le Genre (VBG).
- Gouvernance/plaidoyer ;
- Normes sociales ;

De l'analyse approfondie des résultats de l'EDS 2012, il est possible de déduire **les problèmes prioritaires** auxquels la stratégie de communication doit s'attaquer :

- Le pourcentage insuffisant de personnes effectuant le test de dépistage du VIH /sida.
- La persistance de la pratique du multi-partenariat sexuel.
- L'insuffisance utilisation du préservatif.
- Les attitudes stigmatisantes et le manque de soutien à l'égard des PVVIH et des HSH de la part de la population, des partenaires/conjoints, de l'entourage familial.
- les attitudes stigmatisantes de certains prestataires de santé et agents communautaires vis-à-vis des PVVIH et HSH dans certains centres de santé.
- La faible fréquentation des structures de santé (CPN, CPoN, maternité, sites PTME) par les femmes enceintes et mères.
- La faible rétention des PVVIH, dont les mères séropositives, dans le circuit des soins.

Les axes de communication s'organiseront donc autour de :

- La promotion du test de dépistage du VIH.
- Les conséquences négatives du multi-partenariat.
- La promotion de l'utilisation du préservatif.
- La promotion de la fréquentation des structures de santé pour les femmes enceintes et nouvellement accouchées.
- Le respect de l'observance des traitements par ARV pour les PVVIH.
- La qualité de l'accueil offert aux personnes fréquentant les structures de santé et particulièrement en matière de prise en charge des PVVIH ;
- Le soutien et la non stigmatisation/discrimination des PVVIH, en particulier les femmes enceintes séropositives et minorités sexuelles

III.4. GROUPES CIBLES PRIORITAIRES, PROFILS, CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES

Dans le domaine du conseil et dépistage

Problème : La majorité des personnes en union ne se font pas dépister ensemble

Groupe cible primaire le plus concerné

Les personnes en union, âgées de 30 à 49 ans vivant en milieu urbain

Profil du segment prioritaire

Les hommes de 30 à 49 ans. Ils vivent en milieu urbain. Ils fréquentent ensemble les lieux de culte, les réunions familiales et les funérailles mais les maris fréquentent rarement les lieux de divertissement (maquis, bars, night-club, centre sportif) avec leur conjointe.

Les hommes en union subissent largement l'influence de leurs amis. La communication dans le couple est nettement insuffisante.

Connaissances, Attitudes et Pratiques

La prévalence au VIH parmi les personnes en union est de 4.6%

11,3% des femmes en union ont des connaissances sur le VIH

27,7 % des hommes en union ont des connaissances sur le VIH

16 % des personnes vivant en union ont des attitudes de tolérance vis-à-vis des PIAVIH

36,2 % des femmes en union ont été dépistées et ont reçu leurs résultats

26,5 % des hommes en union ont été dépistés et ont reçu leurs résultats

1,2% des femmes en union et 31,8% des hommes en union déclarent avoir eu 2 partenaires sexuels/elles ou plus au cours des 12 derniers mois (EDS CI 2011-2012)

7,3 % des femmes et 18 % des hommes utilisent le condom lors des rapports sexuels à risque

Histoire de vie à rédiger

Groupes cibles secondaires

Les leaders communautaires

Les religieux

Les pairs (couples dépistés)

Les prestataires de santé

Objectifs de communication

- D'ici fin 2018, 90% des personnes en union âgées de 30 à 49 ans, vivant en milieu urbain pourront citer au moins trois avantages liés au dépistage du VIH en couple. (**données adéquates à rechercher**)
- D'ici fin 2018, 60 % des femmes en union âgées de 30 à 49 ans, vivant en milieu urbain feront le test de dépistage du VIH. (taux actuel F 36, 2% EDSCI-MICS 2012)
- D'ici fin 2018, 40 % des hommes en union âgées de 30 à 49 ans, vivant en milieu urbain feront le test de dépistage du VIH. (taux actuel H 26, 5% EDSCI-MICS 2012)

Problème : 73% des Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes ne se font pas dépister

Groupe cible primaire le plus concerné

Les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes - HSH

Profil du segment prioritaire

Ces HSH sont âgés de 18-24 ans, célibataires et ayant un niveau d'instruction correspondant au second cycle secondaire ou supérieur. En majorité, ils sont étudiants et élèves et ont un revenu mensuel inférieur à 25.000 frs CFA.

Ils appartiennent à des réseaux et clubs de « branchés ». Ils vivent cachés. Ils fréquentent des maquis, boîtes de nuit, plages, des cybercafés. Ils s'habillent « tendance », vêtements près du corps. Ils utilisent un vocabulaire propre à eux (woubican). Ils s'informent grâce à la télévision, à la radio, à Internet (réseaux sociaux), et au téléphone portable. Les pairs, les éducateurs de pairs, les agents de santé et ONG interviennent auprès d'eux.

Connaissances, Attitudes et Pratiques

La prévalence au VIH est de 18 % parmi les HSH (SHARM-CI, 2012).

12,4 % seulement des HSH affichent une bonne connaissance du VIH et des risques liés au rapport sexuel anal.

72, 2% des HSH souhaiteraient plus d'informations sur la prévention/transmission du VIH.

15,7% des HSH n'ont jamais entendu parler de lubrifiants à base d'eau.

59,1% des HSH pensent avoir peu de risque d'infection au VIH tandis que

19,6% des HSH pensent n'avoir aucun risque du tout par rapport au VIH.

34 % des HSH affirment avoir toujours utilisé un préservatif lors des rapports anaux au cours des 12 derniers mois.

Une rupture de préservatif est survenue au cours des rapports sexuels chez 41,1% des HSH dans les 12 derniers mois.

10,1 % des HSH et 58 % des bisexuels utilisent conjointement et systématiquement préservatif et lubrifiant à base d'eau.

Histoire de vie

Sylvain est un jeune célibataire qui entretient des relations sexuelles avec d'autres hommes. Il vit en co-location avec un camarade dans la commune de Cocody, précisément au Plateau Dokui.

Il est étudiant en Lettres Modernes en année de licence. Sylvain s'est engagé dans le mannequinat pour subvenir à ses besoins.

Avec ses collègues mannequins, il fréquente régulièrement les bars climatisés et les hôtels de luxe pour des défilés à l'occasion d'événements people. Il est très porté sur les réseaux sociaux pour se tenir informé des tendances en matière de mode et rechercher des contacts d'affaires dans le monde.

Son corps de rêve et sa prestance à l'occasion des défilés de mode ont séduit des stars avec qui il entretient des relations sexuelles occasionnelles. Pendant ces rapports, Sylvain se passe très souvent du préservatif pour offrir plus de plaisir à ses partenaires sexuels. Quoique se sachant à risque d'infection à VIH, Sylvain n'a jamais daigné faire le dépistage de peur de se savoir infecté.

Groupes cibles secondaires

Les pairs qui se sont fait dépister

Les éducateurs de pairs

Objectifs de communication

- D'ici fin 2018, 90% des HSH vivant en milieu urbain, âgés de 18 à 24 ans pourront citer au moins trois avantages liés au dépistage du VIH. (Taux actuel: 12.4% SHARM-CI, 2012)

D'ici fin 2018, 80 % des HSH vivant en milieu urbain, âgés de 18 à 24 ans feront le test de dépistage du VIH. (Taux actuel: 46,9%, SHARM-CI, 2012)

Problème : 83% de la population en milieu rural ne se fait pas dépister

Groupe cible primaire le plus concerné

Les hommes âgés de 40-49 ans vivant en milieu rural

Profil du segment prioritaire

Ils se rencontrent par génération. Ils fréquentent les débits de boisson « banguidromes ». Ils participent aux activités des associations/coopératives. Ils prennent part aux cérémonies traditionnelles et aux funérailles. Ils s'informent grâce à la radio et la télévision et aussi par les associations communautaires, les leaders communautaires, les leaders religieux et les griots

Connaissances, Attitudes et Pratiques

La prévalence parmi les hommes en milieu rural est de 2.4%.

15,9 % des hommes en milieu rural ont une connaissance approfondie du VIH.

12 % des hommes ruraux adoptent des attitudes tolérantes.

15,2 % des hommes en milieu rural se sont fait dépister pour le VIH.

28,6 % des hommes ruraux ont des comportements à risque : rapports sexuels avec des partenaires multiples.

23 % seulement des hommes ruraux utilisent le condom lors des rapports sexuels à risque

L'Influence des normes sociales reste très prégnante dans ce milieu.

Histoire de vie à rédiger

Groupes cibles secondaires

Leaders communautaires

Cadres du village

Leaders religieux

Pairs modèles

Objectifs de communication

- D'ici fin 2018, 60% des hommes vivant en milieu rural, âgés de 40 à 49 ans pourront citer au moins trois avantages du test de dépistage du VIH. (15,9% ont une connaissance approfondie du VIH mais Taux actuel de ceux qui savent ou se rendre pour le dépistage: 47,6% EDSCI-MICS 2012 page 254) **données adéquates à rechercher**)
- D'ici fin 2018, 40% des hommes vivant en milieu rural, âgés de 40 à 49 ans feront leur test de dépistage du VIH. (Taux actuel: 15.2%).

Problème : 70% des jeunes filles de 15 à 24 ans ne se font pas dépister

Groupe cible primaire le plus concerné

Les jeunes filles âgées de 15-24 ans, vivant en milieu urbain

Profil du segment prioritaire

Elles appartiennent à des associations de jeunes et clubs. Elles fréquentent les maquis, les boîtes de nuit, les cybercafés... Elles organisent des sortie-détentes. Elles fréquentent leurs pairs et leurs marraines et écoutent leurs avis

Elles appartiennent au secteur informel. Elles aiment la mode, elles sont sexy

Elles possèdent en majorité des téléphones portables. Elles aiment le coupe-décalé, la musique nigériane, le zouglou, les émissions de télé-réalités, les télé-novellas, la radio, les magazines people à sensation.

Elles communiquent par Internet (réseaux sociaux) et grâce à leur téléphone portable

Connaissances, Attitudes et Pratiques

La prévalence du VIH parmi les jeunes filles de 15 à 24 ans en milieu urbain est de 2.5%

20,6 % des jeunes filles urbaines ont des connaissances approfondies sur le VIH

29,6 % se sont fait dépister pour le VIH.

8,3 % des jeunes filles urbaines ont des attitudes de tolérances envers les PIAVIH

65,8 % utilisent le condom lors des rapports sexuels à risque

6,7 % des jeunes filles urbaines sont exposées au sexe transactionnel

Histoire de vie

Marie Louise est une jeune femme de 19 ans, célibataire avec un enfant, réside dans un studio à Marcory de 70 000 frs CFA. Elle a un niveau secondaire de l'enseignement général et exerce le métier de coiffeuse. Marie Louise est membre de l'association des coiffeuses de Marcory. Elle entretient des relations sexuelles non protégées avec deux partenaires, « un bailleur » de 57 ans qui paie son loyer et le son petit copain de 28 ans. Elle aime la mode, elle est toujours bien coiffée, bien maquillée et aime les belles voitures et les bijoux de valeurs. Elle aime les films brésiliens. Elle a un portable de dernière génération.

Marie-Louise fréquente les maquis, les bars climatisés, les boîtes de nuit et les cybercafés, où elle est à la recherche d'un partenaire blanc pour pouvoir aller en Europe.

Elle a quelques connaissances sur le VIH, mais une faible perception des risques liés aux rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples. Elle se fie à sa bonne santé apparente et à celle de ses partenaires de sorte qu'elle ne perçoit pas l'intérêt de faire son test de dépistage du VIH.

Groupes cibles secondaires

Leaders communautaires

La famille

Les marraines

Les leaders d'association de jeunes filles.

Objectifs de communication

- D'ici fin 2018, 90% des jeunes filles âgées de 15 à 24 ans vivant en zone urbaine seront capables de citer au moins trois avantages liés au test de dépistage du VIH (Taux actuel: 20.6%) **données adéquates à rechercher**
- D'ici fin 2018, 50% des jeunes filles âgées de 15 à 24 ans vivant en zone urbaine feront le test de dépistage du VIH (Taux actuel, 29.6% EDSCI-MICS 2012).

Problème 1 : 71,6% des Professionnelles du Sexe (PS) n'ont pas une connaissance complète du VIH/sida

Problème 2 : 82% des PS ne font qu'un seul test de dépistage du VIH dans les 12 derniers mois.

Groupe cible primaire le plus concerné

Les professionnelles du sexe de 20 à 25 ans en milieu urbain

Profil du segment

Les PS sont en général de jeunes femmes. Plus de la moitié (54%) ont moins de 25 ans. Les PS sont essentiellement sans emploi, 72,8% ou exercent dans le secteur informel, 19, 2%. Plus de 1/3 sont en union, 47% sont des célibataires. Nombre d'enfants en moyenne : 1 enfant (18%) et 2 enfants (33%).

32% des PS déclarent que leur partenaire stable (mari/copain) vit avec une autre femme.

Les PS ont en moyenne 2,4 clients par journée d'activité. Les PS affichées ont un peu plus de clients que les PS non affichées. Le coût médian de la passe est de 3000 F CFA. Les montants pratiqués par les PS non affichées sont plus élevées que ceux qu'acceptent les PS affichées (les coûts moyens de la passe 7151 FCA et 4112 F CFA)

Les critères qui interviennent dans la différenciation de la tarification sont : l'âge, le niveau d'instruction et la nationalité. Les PS affichées de nationalité nigérienne et ghanéenne ont des tarifs moins élevés que les PS ivoiriennes ou ouest africaines Les PS non affichées de niveau supérieur pratiquent des tarifs deux fois plus élevés que leurs consœurs sans aucun niveau d'instruction.

Les lieux de rencontre sont les bars, maquis, hôtels, rues, marchés, loges, domiciles

Connaissances, Attitudes et Pratiques:

Prévalence VIH : 28% (ONUSIDA 2012), 11,4% district Abidjan (ENDA santé, JHU CCP, 2014)

99,7% des PS ont entendu parler du VIH/sida.

28,4% des PS ont une connaissance complète du VIH/sida

Les PS ont des idées erronées sur les modes de transmission du VIH : 25% par des piqûres de moustique, 20% en partageant un repas avec une PVVIH et 37% la sorcellerie,

93% des PS savent qu'il est possible de faire le test du VIH/sida

(source de ces données : Analyse CAP des PS, dans 18 villes de Côte d'Ivoire, PLS- PHV/PUMLS/ENSEA, avril 2012)

En 10 ans, le taux de dépistage du VIH chez les PS a progressé : 28% en 2002, 53% en 2007 et 67% en 2012.

Nombre de fois que le test de dépistage du VIH a été fait chez les PS sur les 12 derniers mois. : 1 fois (27,7%), 2 fois (29,3%), 3 fois (17,6%) (source des données : Analyse CAP des PS, dans –18 villes de Côte d'Ivoire, PLS- PHV/PUMLS/ENSEA, avril 2012)

23.3% des PS ont peur d'accéder aux services de santé (source : Etude biologique et comportementale des IST/VIH/sida chez les PS du district d'Abidjan, ENDA santé/ JHU/CCP, 2014)

67% des PS ont réalisé le test de dépistage et 97% ont été informées du résultat (Source : Analyse CAP des PS, dans –18 villes de Côte d'Ivoire, PLS- PHV/PUMLS/ENSEA, avril 2012)

Pour 40% des PS, le temps écoulé depuis le dernier test de dépistage du VIH se situe entre 0 – 3 mois. Et pour 18% des PS, le dernier test du VIH remonte à plus de 12 mois. (Source : Analyse CAP des PS, dans –18 villes de Côte d'Ivoire, PLS- PHV/PUMLS/ENSEA, avril 2012)

L'intention de faire le test de dépistage est lié à l'âge. Plus les PS avancent en âge, plus elles font le test de dépistage : Moins de 20 ans (49,8%), de 20 à 24 ans (65,8%), de 25 à 29 ans (73,8%)

Deux tiers des PS (67%) ont le niveau primaire avec un taux d'analphabétisme assez élevé (51%). L'intention de faire le test dans l'avenir est liée au niveau d'instruction. Aucun niveau (84,9%), Niveau primaire (89%), niveau secondaire (91%), niveau supérieure (92,6%)

54% des partenaires stables/non payant (mari, copain) des PS ont fait le test de dépistage VIH et 88% d'entre elles connaissent le statut sérologique de ce dernier (Source ; Analyse CAP des PS, dans –18 villes de Côte d'Ivoire, PLS- PHV/PUMLS/ENSEA, avril 2012)

Histoire de vie

Kiki, âgée de 24 ans a débuté son métier de PS au quartier Bada à Divo. Et a arrêté ses études à 19 ans en classe de seconde après une grossesse. KIKI fait le métier de commerce du sexe pour s'occuper de sa fille, faire face aux sollicitations familiales et se prendre en charge. Son conjoint Robert, père de sa fille est un ouvrier contractuel agricole dans une exploitation agro industrielle.

KIKI a suivi Aya qui, lui a prêté maintes fois, des tenues vestimentaires. Un jour, cette dernière lui dit : « Faut te débrouiller un peu ma chère, fais comme moi ».

Kiki se déplace entre Divo et Abidjan et tantôt à Daloa chez les orpailleurs selon les périodes pour amasser beaucoup d'argent. Kiki est prête à tout faire pour satisfaire ses clients pourvu qu'ils payent bien.

En moyenne, Kili, à un revenu mensuel qui oscille entre 100 000 FCFA -150 000 FCFA.

A Abidjan, elle se retrouve dans les bars climatisés de Bietry/ Marcory. Au cours d'une soirée, KIKI rencontre l'équipe des éducatrices de pair d'une ONG. Sensibilisée, elle participe aux séances sur les IST et le VIH/sida. Un jour, KIKI se décide à faire le test de dépistage du VIH/sida. Sa sérologie étant négative, elle refuse de faire le test de confirmation et se croit désormais hors de tout danger.

Kiki, se dit en très bonne santé, et ne trouve plus nécessaire de faire régulièrement son test de dépistage VIH. Elle utilise le préservatif de façon sélective et encore moins avec son conjoint Robert.

Groupes cibles secondaires

- Les gérants des bars, maquis, hôtels surtout ceux qui sont favorables aux activités de lutte contre le VIH/sida
- Les «Mamans»
- Les PS qui se sont font dépister régulièrement (2 à 4 dépistages par an)
- Les partenaires stables qui se font dépister
- Les éducatrices de pair

Objectifs de communication :

- D'ici à 2018, 90 % des PS de 20 à 25 ans, en milieu urbain, pourront citer 3 avantages liés au test de dépistage du VIH (taux actuel 67% source PLS- PHV ENSEA avril 2012)
- D'ici à 2018, 60% des PS en milieu urbain, de 20 à 25 ans, dépistées séronégatives feront au moins 2 tests de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois. (taux actuel 29,3%- source PLS- PHV ENSEA avril 2012)

Dans le domaine de la Prévention de la Transmission Mère Enfant

Problème : 99% des partenaires des femmes enceintes ne se font pas tester pour le VIH (moins de 1% des partenaires des femmes enceintes sont testés et retirent leur résultat)

Groupe cible primaire le plus concerné

Les hommes âgés de 35 à 45 ans en union

Profil du segment prioritaire

Ils vivent en milieu urbain. Ils ont un niveau primaire au moins et un statut socio-économique moyen.

Connaissances, Attitudes et Pratiques

Ils ont peur de connaître leur statut sérologique

Ils manquent d'information sur les couples sérodiscordants et connaissent mal la PTME.

Ils ont peur d'être stigmatisés par les prestataires de santé, la communauté, le partenaire.

Ils ne perçoivent pas les bénéfices du Conseil/Dépistage pour eux et leur famille.

Il n'y a pas de communication dans leur couple.

Si le statut sérologique de leur femme est positif, ils s'attribuent aussitôt le même statut

Histoire de vie

M. Koffi, âgé de 37 ans est chauffeur de « woro woro » à Cocody. Il a arrêté les études en classe de CM2. Il vit depuis 6 ans avec Ahou Madeline et leurs deux enfants. M. Koffi aime fréquenter les cabarets où il passe de bons moments à discuter de tous les sujets sauf les questions liées au VIH/sida. En dehors des cabarets, M. Koffi aime regarder la télé. Membre actif de l'association des ressortissants de son village, il participe régulièrement aux réunions.

Sa femme, Ahou Madeleine, ménagère qui porte une grossesse de trois mois, a fait le test de dépistage du VIH au centre de santé communautaire de son quartier. A la demande des prestataires, Mme Koffi a informé son mari qu'il doit se rendre à l'hôpital pour effectuer le test de dépistage du VIH. Mais pour M. Koffi, aller à l'hôpital relève d'une affaire de femme et il pense que le résultat sérologique de sa femme (négatif) est le sien. En plus, il a confié sa femme à la voisine pour le suivi de la grossesse de sa femme. La voisine une femme âgée de 58 ans qu'il appelle affectueusement « vieille mère ».

Groupes cibles secondaires

Femmes âgées leaders communautaires,

Guide religieux

Leaders d'association communautaire

Objectifs de communication

D'ici fin 2018, 80% des hommes de 35 à 45 ans en union, vivant en milieu urbain, ayant un statut socioéconomique moyen en Côte d'Ivoire, auront une connaissance complète de la transmission mère enfant du VIH (Taux actuel: 44,7% analyse secondaire EDSCI 2012).

D'ici fin 2018, 15 % des hommes de 35 à 45 ans en union, vivant en milieu urbain, ayant un statut socioéconomique moyen, auront effectué leur test de dépistage VIH et auront retiré leur résultat (Taux actuel: 1% selon EDSCI 2012).

| **Problème : Seulement 44% des femmes enceintes ont effectué au moins les 4 consultations pré Natales recommandées**

Groupe cible primaire le plus concerné

Les femmes enceintes

Profil du segment

Ce sont surtout les femmes de 20-25 ans, en union ou pas, du milieu urbain, niveau primaire au plus et de statut socio-économique pauvre, qui fréquentent le moins les maternités.

Connaissances, attitudes et pratiques

A compléter

Histoire de vie

Madame Kah Bernadette, enceinte de 7 mois, âgée de 21 ans, commerçante vit au quartier Wassakara dans la commune de Yopougon. arrêté les études en classe de CM1. Elle vit avec son mari et leur premier enfant.

Elle affectionne les téléfilms de 19 heures. Elle sait que le VIH existe mais ne connaît pas les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Par négligence, c'est seulement au 5^{ème} mois de grossesse qu'elle a effectué sa première CPN.. Elle a commencé à se soigner à l'indigène sur les conseils de sa mère et depuis lors elle n'est plus retournée au centre de santé. Son mari, ferrailleur, ne s'occupe pas du suivi de la grossesse de la femme parce qu'il est préoccupé par ses activités professionnelles.

Groupes cibles secondaires

La mère, la grande sœur, la tante, les confidentes

Les prestataires de santé

Les leaders des associations féminines et les guides religieux

Objectifs de communication

D'ici à fin 2018, 95% des femmes enceintes de 20-25 ans, en union ou pas, vivant en milieu urbain, de niveau primaire au plus et de niveau socio-économique pauvre auront une connaissance des avantages à effectuer au moins les 4 CPN dans le cadre de la PTME (Taux actuel 27% selon EDSCI 2012)

D'ici à fin 2018, 90% des femmes enceintes de 20-25 ans, en union ou pas vivant en milieu urbain, de niveau primaire au plus et de niveau socio-économique pauvre auront effectué les 4 CPN recommandées (Taux actuel: 44% selon EDSCI 2012) **Peu réaliste MC**

Problème : 41% des femmes enceintes accouchent à domicile (seulement 59% d'accouchement à l'hôpital)

Groupe cible primaire le plus concerné

Les femmes enceintes en union du milieu rural

Profil du segment prioritaire

Ce sont surtout les femmes enceintes de 35-49 ans en union, du milieu rural et de niveau socio économique pauvre et sans instruction qui accouchent le plus à domicile

Connaissances, attitudes et pratiques

A compléter

Histoire de vie

Fatoumata vit dans un village à proximité de Synématiali. Agée de 38 ans, elle n'a jamais été à l'école et est musulmane. Elle est mariée à Souley âgé de 60 ans cultivateur de coton, qui vient d'épouser sa cinquième femme Nafi. Elle a une petite parcelle de plants d'arachides et aide de temps en temps son mari dans son champ de coton. En plus, elle s'occupe de toutes les tâches ménagères.

Elle est membre de la coopérative « Tigua » réunissant les femmes qui cultivent l'arachide. Aïcha dirige cette coopérative de femmes et réunit les membres tous les jeudi soir pour discuter de la gestion de la coopérative.

Fatoumata est enceinte de son cinquième enfant. A six mois de grossesse, Fatoumata ne s'est pas encore rendue au dispensaire, tenu par monsieur Koko l'infirmier, situé dans le village voisin. Elle se rend très souvent chez la matrone du village qui lui prescrit en général l'utilisation de plantes médicinales lorsqu'elle a un problème avec ses grossesses. En outre, elle a été assistée à l'accouchement de ses enfants précédents par la matrone. Lorsqu'elle est malade, c'est son mari Souley qui décide de l'envoyer au dispensaire dans sa charrette.

Elle participe souvent aux cérémonies (mariage, baptême, ...) du village et des villages environnants. Elle écoute les émissions en langue locale émise par la radio de Souley son mari les soirs au village.

Fatoumata a déjà entendu parler du VIH/sida par Ibrahim, l'ASC du village. Elle ne connaît pas les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Elle croit que le VIH/sida peut être transmis par un sortilège (sorcellerie).

Groupes cibles secondaires

Autorités coutumières, villageoises, chefs de communauté et guides religieux,

Responsables de coopératives,

Agents de santé communautaires et matrones

Objectifs de communication

D'ici fin 2018, 80% des femmes de 35-49 ans vivant en union, en milieu rural, de niveau socio-économique pauvre, sans instruction, citeront 3 avantages de l'accouchement dans un établissement de santé (Taux actuel : 41 % des femmes accouchent à domicile selon EDSCI 2012)

D'ici fin 2018, 80% des femmes de 35-49 ans vivant en union, en milieu rural, de niveau socio-économique pauvre, sans instruction accoucheront dans un établissement de santé (Taux actuel en milieu rural: 42,7 % selon EDSCI 2012 p.143) **Doublement – Est-ce réaliste ?**

Problème : Le taux de rétention des mères séropositives après l'accouchement n'est pas élevé

30% des mères séropositives ne reviennent pas dans les 48 heures après l'accouchement et 23% des mères ne reviennent pas dans les 41 jours après l'accouchement pour recevoir les soins postpartum

Groupe cible primaire le plus concerné

Les mères séropositives

Profil du segment prioritaire

Les mères séropositives de 20-34 ans en union, vivant en milieu urbain, de niveau d'instruction primaire au plus, très pauvre qui viennent nouvellement d'accoucher

Connaissances, attitudes et pratiques

A compléter

Histoire de vie

Mme Zokou, âgée de 29 ans commerçante, séropositive sous traitement ARV, est mère d'un enfant de 3 mois. Elle habite à San Pedro au quartier Bardot avec son mari depuis 6 ans. Elle n'a pas partagé le résultat de son test avec son mari de peur d'être rejetée. Depuis la naissance de son fils, elle n'est plus retournée au centre de santé parce que son mari lui a demandé de se rendre auprès de sa mère pour les soins traditionnels.

Groupes cibles secondaires

Leaders communautaire et leaders religieux,
Groupes d'auto support ou de groupes de soutien,
Conseillers communautaires et Agents de santé communautaires.

Objectifs de communication

D'ici à fin 2018, 80% des mères séropositives de 20-34 ans en union, vivant en milieu urbain, non scolarisées ou de niveau d'instruction primaire, très pauvre, citeront 2 avantages à revenir dans les soins postpartum

(Taux actuel : Chez les femmes de 20-34 ans, entre 53,4% et 57,7% savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant et que le risque de TME peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère pendant la grossesse, EDSCI 2012, p.237)

D'ici fin 2018, 90% des mères séropositives de 20-34 ans en union, vivant en milieu urbain, de niveau d'instruction primaire au plus, très pauvres, reviendront avec leur bébé et resteront dans les soins postpartum (Taux actuel: 47% qui reviennent dans les soins selon EDSCI 2012)

Problème : Parmi la file active des PVVIH mis sous ARV il y a seulement 6% d'enfants (nés de mères séropositives). 18 % des enfants en besoin de traitement y ont accès et souvent tardivement

Groupe primaire

Les mères séropositives venant d'accoucher

Les personnels de santé

Connaissances, attitudes et Pratiques

Les enfants sont difficiles à enrôler et maintenir dans les soins. La file active des enfants sous ARV stagne depuis des années alors que celle des adultes est en progression constante. La faible fréquentation des CPN, de l'accouchement assisté et des CPoN explique aussi cette situation.

L'entourage des femmes enceintes ne les incite pas suffisamment à fréquenter les CPN et les CPoN

Dans le domaine du multipartenariat sexuel et de l'utilisation du préservatif

Problème : *Les personnes en union ne perçoivent pas les risques liés à leurs pratiques de multi partenariat sexuel*

Groupe cible primaire le plus concerné

Les hommes de 40 ans et plus en union en milieu urbain

Profil du segment prioritaire

Les hommes de 40 ans et plus représentent 28.9% de la population. Ils sont riches (27,6%) et très riches (34,5%, vivent en milieu urbain (28,8%) avec un niveau élevé (32,1%). Ils ont un accès journalier à l'information.

Connaissances, Attitudes et Pratiques

Parmi les couples en union, la prévalence du VIH est de 7,7%

Les hommes ont une faible perception du risque d'infection à VIH

67% des personnes en union ne font pas leur test de dépistage du VIH, les hommes ont confiance en leurs partenaires sexuelles qu'ils pensent « propres ». Parmi les hommes de plus de 40 ans la prévalence du VIH est de 4,9%

97% se disent très bien informés sur le VIH/sida mais seulement 16 % ont une connaissance réellement approfondie sur le VIH/sida.

83% ne font pas leur test de dépistage du VIH et 73% n'utilisent pas de préservatif.

Commentaire [M7]: Quelle est la source de cette donnée? L'EDS CI donne des taux bien moins élevés.

Histoire de vie

M. TIA est un riche cadre supérieur d'une entreprise d'import/export. Il a 45 ans et est spécialisé en management et en audit.

Il vit en milieu urbain dans une grande et belle maison avec de belles voitures et plusieurs chauffeurs.

Il est marié et père de 3 enfants. Ses enfants sont dans de très bonnes écoles.

Il a des téléphones portables de dernière génération, et passe ses vacances à l'étranger avec sa famille. Il considère le mariage comme une vitrine sociale.

Son épouse est professeur de lettres, elle s'occupe bien des enfants, gère le budget familial et la maison....elle est considérée comme la gardienne de la maison

Il pratique le multi partenariat sexuel et sort avec des filles beaucoup plus jeunes souvent instruites (élèves/étudiantes) qu'il entretient pour rechercher une seconde jeunesse, pour imiter ses amis ou oublier la monotonie du couple et satisfaire ses fantasmes sexuels.

Il subit l'influence de ses amis et sort tous les weekends avec eux, il n'a ni distraction ni complicité avec sa femme. Il ne communique pas avec son épouse et a rarement des rapports sexuels avec elle.

Il a toujours des alibis pour justifier ses sorties (membres d'associations/clubs, sportifs, missions de travail, activités politiques etc.).

Groupe cible secondaire

Les pairs/amis des hommes en union

Objectifs de communication

D'ici à 2018, 60 % des hommes en union, riches, très riches, de plus de 40 ans, vivant en milieu urbain utiliseront systématiquement et correctement les préservatifs lors des rapports sexuel extra conjugaux (Taux actuel 47,6% EDS 2012).

- | **Problème 1 : La pratique du multi-partenariat est restée quasi inchangée entre 2005 et 2014 : de 31 % à 29 %**
Problème 2 : 65 % des hommes en union pratiquant le multipartenariat sexuel n'utilisent pas les préservatifs

Groupe cible primaire le plus concerné

Les hommes de 30 à 49 ans vivant en milieu rural

Profil du segment prioritaire

Ils représentent 23 % de la population

35,3 % ont un niveau d'instruction primaire

25,6 % ont un pouvoir économique faible. Ils sont pauvres et leur accès à l'information numérique est faible. Par contre, ils sont nombreux à écouter la radio et regarder la télévision.

Connaissances, attitudes et pratiques

A compléter

Histoire de vie

M. Akassi est un paysan marié de 40 ans, avec un niveau d'instruction primaire; et un faible revenu. Il vit en milieu rural

Il partage ses temps libres avec ses amis de même génération avec qui il boit du koutoukou, du bandji et discute.

Il pratique le multi partenariat sexuel et rencontre les filles lors des Funérailles / fêtes de générations/ cérémonies et les moments de traite et de paie (autour des usines, stations agro- industrielles).

Il participe aux activités de GVC du village. Il a des rapports sexuels occasionnels avec des jeunes filles qui sont pour la plupart analphabètes et/ou en ménage.

L'épouse d'Akassi travaille aux champs et s'occupe de l'éducation des enfants.

Groupes cibles secondaires

Les leaders communautaires (chefs de village, leaders religieux...).

Les pairs et les amis

Objectifs de communication

D'ici à 2018, 70% des hommes en union, de 30 à 49 ans, vivant en milieu rural, pratiquant le multi partenariat sexuel, auront une connaissance approfondie du VIH/sida (15,9 % EDS 2012).

D'ici à 2018, 50 % des hommes en union, de 30 à 49 ans, vivant en milieu rural, pratiquant le multi partenariat sexuel, utiliseront systématiquement et correctement le préservatif avec leurs partenaires occasionnelles. (Taux actuel 23%, EDS 2012)

Problème : 40% des jeunes filles ne savent pas que le préservatif est un moyen de prévention de l'infection à VIH et la plupart n'utilisent pas le préservatif

Groupe cible primaire le plus concerné

Les jeunes filles de 15-24 ans

Profil du segment prioritaire

Jeunes femmes célibataires âgées de 15-24 ans, vivant en milieu urbain, niveau primaire (63,5%) et déscolarisées et travaillant dans le secteur informel : coiffeuses, couturières, commerçantes, serveuses et servantes

Connaissances, Attitudes et Pratiques

Prévalence du VIH chez les jeunes filles de 15-24 ans : 4,4%. Elles ont une faible connaissance approfondie sur le VIH: 16%.

67 % d'entre elles savent ou se procurer les préservatifs.

Elles ont une faible perception du risque d'infection à VIH mais ont peur du VIH/sida.

92% d'entre elles ont des attitudes stigmatisantes /discriminantes envers les PVVIH.

61% d'entre elles n'ont pas utilisé le préservatif lors du dernier rapport au cours des 12 derniers mois.

68% d'entre elles n'ont jamais fait le test de dépistage du VIH.

Histoire de vie

Tania est une jeune fille mère célibataire de 18 ans vivant en milieu urbain et employée dans un salon de coiffure. Elle a un niveau d'instruction primaire Elle est issue d'un milieu social défavorisé et constitue une source de revenu pour la famille. Elle fréquente les bars, les maquis où elle pratique la prostitution occasionnelle et cachée, et est engagée dans les rapports sexuels transactionnels. Elle suit la mode de très près (s'habille très sexy, a un téléphone portable de dernière génération...). Elle a un train de vie élevé par rapport à son niveau de salaire et est entretenue par plusieurs hommes mais elle aspire au mariage.

Elle est très portée sur les réseaux sociaux (internet); elle est influencée par ses amies et pairs. Elle lit les magazines de la presse people et suit les séries télévisées novellas et les publicités.

Groupes cibles secondaires

Hommes en union 35-49 ans Amies et les pairs

Objectifs de communication

D'ici fin 2018, 90% des jeunes femmes célibataires de 15 à 24 ans, vivant en milieu urbain, auront une connaissance approfondie du VIH (taux actuel: 16% EDS 2012)

D'ici fin 2018, 80 % des jeunes femmes célibataires de 15 à 24 ans, vivant en milieu urbain, utiliseront systématiquement et correctement le préservatif avec leurs partenaires sexuels (taux actuel: 61% EDS 2012).

Problème : 27% des filles de 15 à 19 ans ont eu des rapports sexuels avec un partenaire plus âgé qu'elles d'au moins 10 ans et la plupart n'utilisent pas le préservatif

Groupe cible primaire le plus concerné Les jeunes filles de 15-24 ans

Profil du segment prioritaire

Jeunes femmes célibataires âgées de 15-24 ans, vivant en milieu urbain et rural, aucun niveau (33.4%), niveau primaire (27.10%), secondaire et plus (18.6%) et travaillant dans le secteur informel : coiffeuses, couturières, commerçantes, serveuses et servantes, masseuses...

Connaissances, Attitudes et Pratiques

Prévalence du VIH chez les jeunes filles de 15-24 ans : 4,4%.

Elles ont une faible connaissance approfondie sur le VIH: 16%.

67 % d'entre elles savent où se procurer les préservatifs.

Elles ont une faible perception du risque d'infection à VIH mais ont peur du VIH/sida. 92% d'entre elles ont des attitudes stigmatisantes /discriminantes envers les PVVIH.

4,8% d'entre elles ont eu 02 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois, mais seulement 34,2% ont déclaré qu'un condom avait été utilisé durant les derniers rapports sexuels

68% d'entre elles n'ont jamais fait le test de dépistage du VIH.

27% des filles de 15 à 19 ans pratiquent le sexe intergénérationnel. (Source : EDS-MICS III)

Ajouter une donnée sur la différence d'âge entre la jeune fille et l'homme adulte

Ces jeunes filles évoquent des raisons économiques liées à la pauvreté de leur milieu d'origine pour expliquer la pratique du sexe intergénérationnel. 88% d'entre elles désapprouvent la pratique du sexe intergénérationnel (Source : Rapport seconde évaluation des effets des activités communautaires du Programme Super Go, Août 2013).

Histoire de vie

Tina est une jeune fille mère célibataire de 19 ans vivant en milieu urbain et employée dans un salon de coiffure. Elle a un niveau d'instruction primaire, est issue d'un milieu social défavorisé et constitue une source de revenu mensuel pour sa famille.

Elle est très portée sur les réseaux sociaux (internet); est influencée par ses amies et pairs. Elle lit les magazines de la presse PEOPLE et suit les séries télévisées novelas et les publicités Elle suit également la mode de très près s'habille très sexy, a un téléphone portable de dernière génération et a un train de vie élevé par rapport à son niveau de salaire.

Son salaire de coiffeuse ne pouvant permettre de couvrir toutes les sollicitations dont elle fait l'objet de la part de ses parents, Tina fréquente donc les bars, les maquis où elle pratique la prostitution occasionnelle avec une préférence pour les rapports sexuels avec les personnes de plus de 40 ans, car selon elle « ils fatiguent moins et payent bien ». Par ailleurs, elle se fait entretenir par Pierre, marié, cadre dans l'administration ivoirienne, de 30 ans son aîné, pour lequel elle n'éprouve aucun sentiment.

Mais elle aspire au mariage, fonder une famille et réaliser ses rêves. Ainsi donc, depuis bientôt deux ans elle entretient une relation qu'elle juge sérieuse avec Stéphane, le père de son enfant qui est au chômage. Bien sûr, Pierre ne sait rien de la relation entre Tina et Stéphane. Elle a fait le test de dépistage du VIH il y a un an de cela, à l'occasion de sa grossesse et s'est révélée à l'époque négative. Quant à Pierre (le Boss) et Stéphane (son amour) aucun d'entre eux n'a une fois accepté de faire le test du dépistage du VIH.

Or, au début de sa relation avec Pierre, ils utilisaient le préservatif. Ce qui n'est plus le cas à présent. En effet, cela fait 04 mois qu'elle a des rapports sexuels avec Pierre, et celui-ci la considère à présent comme sa « seconde épouse » ; il estime donc déplacé d'utiliser le préservatif avec elle. Elle n'utilise non plus pas le préservatif avec Stéphane qui a une « petite » avec qui il entretient des rapports sexuels et qui lui vient en aide de temps à autres, vu sa situation difficile.

Groupes cibles secondaires

Hommes en union 35-49 ans

Amies et les pairs

Objectifs de communication

- D'ici fin 2018, 70 % des jeunes femmes célibataires de 15 à 19 ans, vivant en milieu urbain, utiliseront systématiquement et correctement le préservatif avec leurs partenaires sexuels (taux actuel: 61% EDS 2012).
- D'ici fin 2018, 85% des jeunes femmes de 15 à 19 ans auront un seul partenaire sexuel. (taux actuel : 73% EDS 2012)

Problème 1 : 18% des Professionnelles du sexe, n'utilisent pas systématiquement le préservatif avec leurs clients

Problème 2 : 62 % Des PS ont des relations sexuelles consensuelles non payantes et dans 66 % de ces dernières il n'y a pas d'utilisation du préservatif

Groupe cible primaire

Professionnelles du sexe de 20 à 25 ans en milieu urbain

Connaissances Attitudes et Pratiques

Les symptômes d'IST les plus cités sont : les brûlures en urinant (44%), les pertes vaginales (40%), les démangeaisons (38%)

- 50% des PS estiment que l'utilisation du préservatif diminue le plaisir sexuel et pour 54%, c'est un manque de confiance à l'égard du partenaire
- Les PS ont une préférence pour les préservatifs masculins (92%) au détriment du préservatif féminin (6%). L'usage du condom féminin n'est pas aisé (54%)
- L'initiative d'utiliser le préservatif lors des rapports sexuels est prise par la PS résidant à Abidjan (88% et le client 8%) –

Source des données (Source : Analyse CAP des PS, dans 18 villes de Côte d'Ivoire, PLS- PHV/PMULS/ ENSEA, avril 2012).

- 89,1% des PS à Abidjan n'ont pas utilisé le condom avec leurs partenaires non payant (stables) au cours des douze derniers mois (source : **Etude biologique et comportementale des IST/VIH/sida chez les PS du district d'Abidjan, ENDA santé/ JHU/CCP, 2014**)
- PS affichées, villes de l'intérieur : **93% utilisent le préservatif avec les clients**
- **Ensemble, seulement 43% des PS utilisent le préservatif** de façon systématique lors de rapports sexuels avec leur partenaire stable (source Analyse CAP des PS dans 18t villes de Côte d'Ivoire, PLS-PHV/ENSEA/PUMLS, avril 2012)
41,6% les achètent, 9,7% les reçoivent gratuitement et 48,7 les achètent et les reçoivent gratuitement. (ENDA Santé, 2014)
- Les raisons de la non utilisation du préservatif):
 - o Pour le partenaire non payant, : 89.1 % des PS estiment que le préservatif n'est pas nécessaire
 - o Le client a proposé plus d'argent pour ne pas utiliser un préservatif : 66.8% avec les clients réguliers et 66.5% avec les nouveaux clients (source : (source : **Etude biologique et comportementale des IST/VIH/sida chez les PS du district d'Abidjan, enda santé/ JHU/CCP, 2014**)
- 29% des PS utilisent systématiquement le gel lubrifiant lors de rapports sexuels (Les PS d'Abidjan en utilisent deux fois plus que celles de l'intérieur du pays)

Histoire de vie

Kiki, âgée de 24 ans a débuté son métier de PS au quartier Bada à Divo. Et a arrêté ses études à 19 ans en classe de seconde après une grossesse. KIKI fait le métier de commerce du sexe pour s'occuper de sa fille, faire face aux sollicitations familiales et se prendre en charge. Son conjoint Robert, père de sa fille est un ouvrier contractuel agricole dans une exploitation agro industrielle.

Kiki a suivi Aya qui, lui a prêté maintes fois, des tenues vestimentaires. Un jour, cette dernière lui dit : « faut te débrouiller un peu ma chère, fais comme moi ».

Kiki se déplace entre Divo et Abidjan et tantôt à Daloa chez les orpailleurs selon les périodes pour amasser beaucoup d'argent. KIKI est prête à tout faire pour satisfaire ses clients pourvu qu'ils payent bien.

En moyenne, kiki, à un revenu mensuel qui oscille entre 100 000 FCFA -150 000 FCFA.

A Abidjan, elle se retrouve dans les bars climatisés de Bietry/ Marcory. Au cours d'une soirée, Kiki rencontre l'équipe des éducatrices de pair d'une ONG. Sensibilisée, elle participe aux séances sur les IST et le VIH/sida. Un jour, Kiki se décide à faire le test de dépistage du VIH/sida. Sa sérologie étant négative, elle refuse de faire le test de confirmation et se croit désormais hors de tout danger.

Kiki, se dit en très bonne santé, et ne trouve plus nécessaire de faire régulièrement son test de dépistage VIH. Elle utilise le préservatif de façon sélective et encore moins avec son conjoint Robert.

Groupes cibles secondaires

- Les gérants des bars, maquis, hôtels surtout ceux qui sont favorables aux activités de lutte contre le VIH/sida
- Les «Mamans»
- Les PS qui se font dépister régulièrement (2 à 4 dépistages par an)
- Les partenaires stables qui se font dépister
- Les éducatrices de pair

Objectifs de communication

D'ici fin 2018, 90% des Professionnelles du Sexe âgées de 20 à 25 ans, vivant en milieu urbain, auront une connaissance complète du VIH/ sida (taux actuel 28% source Analyse PLS-PHV ENSEA avril 2012)

D'ici fin 2018, 90% des Professionnelles du sexe âgées de 20 à 25 ans vivant en milieu urbain, utiliseront le préservatif de façon systématique avec leurs clients. (Taux actuel 82% source Analyse CAP, PLS-PHV/ENSEA avril 2012)

D'ici fin 2018, 65 % des Professionnelles du Sexe âgées de 20 à 25 ans, vivant en milieu urbain, utiliseront le préservatif de façon systématique avec leur partenaire stable. (Taux actuel 43 % source Analyse CAP, PLS-PHV/ENSEA avril 2012)

Problème : % des détenus n'ont pas accès au préservatif et ne font pas le test de dépistage

Groupe cible primaire

La population carcérale masculine

Connaissances, attitudes et pratiques

Il y a 7,9% de prévalence du VIH parmi ce groupe selon une étude de l'INSP réalisée en 2013. 71,8% des détenus interrogés n'ont pas utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel. Pour le CD, 19 582 détenus ont été conseillés et 13 917 dépistés soit un taux d'acceptation de plus de 71 %. 720 détenus ont été dépistés positifs au VIH soit 5,2 % de taux de prévalence⁶ (14 % de femmes et 4,6 % chez les hommes). 149 détenus VIH ont été mis sous ARV ainsi que 20 % des co-infectés. 1060 riverains de la MACA ont été conseillés et 653 dépistés. 360 femmes enceintes riveraines ont été dépistées dont 3,6% de femmes séropositives.

Histoire de vie

Groupes cibles secondaires

Les gardiens de prison, l'administration pénitentiaire et les riverains des Maisons d'Arrêt

Objectifs de communication

⁶ Prise en charge du VIH en milieu carcéral à la MACA d'Abidjan par le projet d'Expertise France remplaçant ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau). Ce projet financé par le Fonds Mondial mis en œuvre entre 2008 et 2012 à la MACA d'Abidjan portait sur la prévention, le diagnostic et la PEC pour les détenus, le personnel pénitentiaire et les populations riveraines. L'Extension nationale du projet était prévue après une phase pilote à Dabou et Sassandra.

Problème : 50 % des utilisateurs de drogues ont plus d'un partenaire sexuel et seulement 23% utilisent régulièrement le préservatif

Groupe cible primaire

Les usagers de drogues (UD)

Groupe cible prioritaire les usagers de drogue injectables (UDI)

Connaissances, attitudes et pratiques

Selon l'étude « Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan en CI » réalisée par l'ONG Médecins du Monde auprès de 450 UD en 2014, la prévalence au VIH serait de 9,5 % parmi les utilisateurs de drogues.

Les femmes représentent 10,9 % des UD et 26,5 % d'entre elles sont infectées par le VIH. 15,8 % se déclarent PS et 22,5% sont séropositives au VIH. 9,1 % de l'échantillon sont HSH et parmi eux 39% étaient positifs au VIH.

La prévalence est de 5,3 % au sein des usagers de drogues Injectables mais cette population est de faible ampleur. Ils seraient 12,7 % à pratiquer ce type de drogues. L'étude a permis de dénombrier 3521 personnes usagères de cocaïne/et/ou héroïne alors 6000 étaient attendues.

Selon l'étude de 2014 du MLS, seulement 6,6 % des UD interrogés ont une connaissance complète des modes de transmission et des méthodes de prévention.

50 % des UD ont plus d'un partenaire sexuel et parmi eux 23% seulement utilisent régulièrement le préservatif et 38,1% ont effectué le test de dépistage

Les programmes en direction des HSH et des UDI sont largement sous financés par rapport au taux de prévalence enregistrés dans ces groupes.

Histoire de vie

Objectifs de communication

Dans le domaine de la prise en charge et du traitement par les ARV

Problème : 40% des PVVIH sous ARV ne restent pas dans le circuit des soins⁷

Groupe cible primaire le plus concerné

Les PVVIH hommes sous ARV

Profil du segment prioritaire

Ce sont des hommes entre 35 et 49 ans généralement mariés mais ayant plusieurs autres partenaires sexuelles. Ils habitent en zone urbaine, vivent dans des quartiers populaires. Ils sont pauvres (au plus un repas par jour). Ils sont de niveau scolaire secondaire mais ne connaissent pas bien les services de prise

en charge ARV, ni le coût des prestations et les conditions d'éligibilité de mise sous ARV.
Ils manquent d'information sur les avantages du traitement ARV.
Ils ont honte ou peur d'afficher leur séropositivité ou/et sont dans le déni de leur statut sérologique. Ils ont recours aux médicaments traditionnels ou aux médecines parallèles.
Ils fréquentent irrégulièrement les services de santé, connaissent l'existence des groupes d'auto support et des ONG de lutte contre le sida mais ne les fréquentent pas.

Connaissances, Attitudes et Pratiques

La prévalence au VIH parmi les hommes de 35 -49 ans est passée de 4,9% à 7,9 % selon les groupes (HSH, hommes hétéro en union)
Les hommes ne fréquentent pas souvent les centres de santé
L'organisation des services de prise en charge ne répond pas aux attentes des PVVIH.
Il y a de fréquents retards dans le rendu des résultats d'analyse
L'éloignement des services de référence se conjugue au mauvais accueil des PVVIH par les prestataires.
L'attente des PVVIH pour recevoir les soins est longue.
Ils regardent régulièrement la télévision et écoutent parfois la radio, aiment beaucoup les émissions de variétés musicales, fréquentent un groupe d'amis après les heures de travail.
Ils aiment beaucoup le football. Ils acceptent difficilement les effets secondaires des ARV.

Histoire de vie

Hervé Vetcho, 42 ans, marié, père de 02 enfants, chauffeur de taxi communal (woro woro) vit à Yopougon Wassakara. Il a été dépisté séropositif il y a trois ans de cela et NESTOR, conseiller communautaire au centre de santé lui a parlé du groupe d'auto-support. Mais il a refusé de le fréquenter de peur d'être reconnu par une personne de son entourage
Par ailleurs, il a toujours refusé de partager son statut avec son épouse. Après un an de suivi, Il a été mis sous ARV.
Malheureusement, il y a 06 mois de cela, il a décidé de ne plus se rendre à ses rendez-vous de suivi à l'hôpital et de ne plus prendre son traitement pour confier son sort à Baba Puissance, un « guérisseur traditionnel » qui lui promettait la guérison en 03 mois. Après 02 mois de traitement « traditionnel », son état de santé s'est considérablement dégradé.
Sur les conseils de Nestor qui n'a jamais arrêté ses visites à domicile, et en raison de son état de santé dégradé, Hervé décide retourner au centre de santé.

Groupes cibles secondaires Prestataires de santé Travailleurs sociaux

Tradi-praticiens
Famille
Leaders religieux
Conseillers communautaires

Objectifs de communication

- D'ici fin 2018, 90% des PVVIH hommes connaîtront au moins 3 avantages à demeurer dans le circuit de soins.
taux actuel ?
- D'ici fin 2018, 85 % des PVVIH hommes se rendront à au moins 4 rendez-vous de suivi dans l'année (40% des PVVIH sous ARV ne restent pas dans le circuit des soins)

Problème : les populations hautement vulnérables ne sont pas suffisamment conscientes des risques du VIH et n'utilisent pas régulièrement le préservatif

Groupe cible primaire

Les hommes en uniformes, les migrants saisonniers ou permanents

Connaissances, attitudes et pratiques

Rechercher des résultats d'études éventuellement menées

DOMAINE DE LA STIGMATISATION

Problème : Les populations ne sont pas tolérantes envers les personnes vivant avec le VIH

Groupe cible primaire le plus concerné

Les femmes de 30-49 ans en union en milieu rural

Profil du segment prioritaire

Ce sont des femmes adultes en union. Elles sont le socle de la famille et responsables de l'éducation des enfants. Elles sont les conseillères des conjoints. Elles servent d'assistantes des personnes en détresse et sont à l'écoute des besoins sociaux de la communauté. Les informations leur viennent de leur entourage immédiat, du voisinage, de la fréquentation des places publiques (marché, point d'eau...), des cérémonies et de leurs réunions dans les groupements et associations.

24,7% d'entre elles regardent régulièrement la télévision et 16,9% écoutent la radio

Connaissances, Attitudes et Pratiques

93,1% des femmes de 30 – 39 ans et 92,7% des femmes de 40 -49 ans ont des attitudes stigmatisantes envers les PVVIH. Ce sont celles n'ayant aucun niveau d'instruction qui ont le plus (95,7%) des attitudes stigmatisantes et celles appartenant à la catégorie socio-économique la plus pauvre qui sont les moins tolérantes envers les PVVIH.

Ces femmes ont une faible capacité de négociation du port du préservatif

Le poids des normes sociales (Préjugés, foyers polygamiques) est important parmi ce groupe

Les femmes de ce groupe ont un faible pouvoir de décision (Problèmes au niveau du genre dépendance aux conjoints) et un faible pouvoir économique.

Elles manquent d'informations sur le VIH/Sida et les modes de transmission.

Les activités de communications ne sont pas orientées vers elles, les canaux pour les toucher sont inadaptés et inappropriés. Elles ne fréquentent pas les structures de santé

Les messages en français leur sont inaccessibles parce qu'elles n'ont pas été scolarisées.

Histoire de vie

Adjoua, 34 ans, sans instruction, habite à Kokondékro dans la région de Bouaké. Elle est mariée depuis l'âge de 16 ans à Kouadio René, planteur dans le même village. Elle a 7 enfants et attend le 8ème.

Productrice d'ignames, quand elle peut, elle regarde les feuilletons de 19H à la télévision nationale.

Le vendredi dernier, Adjoua s'est rendue au CPN. Sa voisine de banc lui a dit

que les femmes assises sur les bancs en retrait ont le sida ; et elle a vu son amie Affoué parmi ces dernières.

Depuis lors, Adjoua a décidé de ne plus fréquenter son amie Affoué et a interdit à ses enfants de jouer avec ceux d'Affoué de peur qu'ils soient contaminés par le sida.

Groupes cibles secondaires

Leaders communautaires

Leaders religieux

La société civile impliquée dans le domaine du VIH (ONG, associations, etc.)

Les partenaires techniques et financiers

Objectifs de communication

- D'ici fin 2018, 50% des femmes de 30 à 49 ans en union vivant en milieu rural citeront les trois voies de transmissions du VIH (Taux actuel : 14,4% des femmes de 30-39 ans et 9,1% des femmes de 40-49 ans en milieu rural ont une connaissances approfondies en matière de VIH, Sources, EDS 2011-2012)
- D'ici fin 2018, 35% des femmes de 30 à 49 ans en union vivant en milieu rural adopteront une attitude tolérante envers les PVVIH (Taux actuel : 7,1 % des femmes de 30-49 ans ont une attitude tolérante envers les PVVIH, EDS 2011-2012)

Problème : Les agents de santé n'acceptent pas d'offrir les soins aux HSH

Groupe cible primaire directement concerné

Les prestataires de santé

Profil du segment prioritaire

Ils ou elles sont salariés, ont un revenu moyen. Ils sont instruits et vivent dans les zones urbaines et péri-urbaines.

Ils fréquentent les lieux de culte, entretiennent des relations étroites avec la communauté et appartiennent parfois à des associations syndicales.

Ils s'informent par les médias (télévision/ radio/ presse), les notes d'Informations administratives, les circulaires, les modules de formation.

Ils ont des connaissances approfondies en matière de VIH, sont formés et disposent des notions de bases concernant les soins à apporter aux PVVIH.

Connaissances, Attitudes et Pratiques

Les prestataires de santé ont un comportement de rejet et de mépris face au HSH. Ils refusent souvent d'offrir des soins aux HSH et partagent l'intolérance de la population générale envers cette catégorie de population qui est considérée comme déviante.

Ils n'observent pas le principe du secret médical et se méfient des HSH.

Histoire de vie

M. YAVO Francis, 45 ans, est infirmier major à la formation sanitaire de Koumassi. Marié et père de 2 enfants, très croyant, il fréquente une église évangélique de son quartier.

Tous les matins, il écoute la radio dans sa voiture en allant au travail ; regarde le journal de 20H à la télévision et lit les journaux.

Il est très proche de son Pasteur avec lequel il passe la majeure partie de son temps.

Il éconduit de son bureau, sans administrer de soins, tout client qu'il soupçonne d'être HSH.

Groupes cibles secondaires

Les leaders et conseillers communautaires

Les travailleurs sociaux

Leaders religieux

Les autorités sanitaires

Les acteurs du système judiciaire

Les pairs éducateurs

Les associations de défense des Droits de l'Homme

Objectifs de communication

D'ici fin 2018, 80 % des prestataires de santé recevront et traiteront sans distinction tous les patients. (données à rechercher)

D'ici fin 2018, 80 % de prestataires de santé offriront des soins aux HSH (Etude IBBS enda sante 2014 page 57)

D'ici fin 2018, 60 % des HSH fréquenteront les structures de santé. (données à rechercher)

Problème : Dans les couples séro- discordants, les femmes séropositives ne sont pas acceptées par leurs conjoints

Groupe cible primaire le plus concerné

Les hommes âgés de 35-45 ans vivant en couple séro-discordants

Profil du segment prioritaire

Ils vivent en milieu urbain. Ils sont chefs de famille et disposent du pouvoir de décision. La stigmatisation est plus perceptible chez les partenaires de sexe masculin parmi les couples séro-discordants. Ils pratiquent le sexe inter générationnel et transactionnel et consomment facilement de l'alcool. Ils sont habitués des sorties et réunions nocturnes sans leur conjointe.

Connaissances, Attitudes et Pratiques

Il y a 6% de couples séro-discordants

99,3 % des hommes en milieu urbain ont entendu parler du VIH/ sida et 97,5% des hommes de 30-39 ans disent avoir des connaissances approfondies sur le VIH/sida.

82% des hommes de 30-39 ans et 82,3% des hommes de 40-49 ans ne sont pas tolérants envers les PVVIH

68,6% des hommes de 30-39 ans et 70,9% des hommes 40-49 n'ont pas fait le test du VIH.

71,4 des hommes vivant en union n'ont jamais effectué le test de dépistage VIH.

67% des hommes en milieu urbain n'ont jamais fait le test du VIH.

57% des hommes très riches n'ont jamais effectué le test du VIH contre 87, 6% des hommes pauvres.

33% des hommes de 30-39 ans et 28% des hommes de 40-49 ans pratiquent le multi-partenariat et 72% des hommes de 30-39 ans et 88% des hommes de 40-49 ans n'utilisent pas de préservatifs.

78,2 % regardent la télévision 78, 2%, 57,6 % écoutent la radio. La presse et les TIC sont également consultés.

Histoire de vie

SANGARE Adama, 40 ans, marié et père de 2 enfants, cadre dans une entreprise de la place, vit à Yopougon Maroc.

Chaque soir, après le travail, il se retrouve avec ses amis du grain avec qui chaque week-end, il va prendre un pot au bar climatisé du quartier. Il aime la musique et le football.

Il lit régulièrement les journaux, écoute la radio surtout dans sa voiture, très souvent connecté sur les réseaux sociaux.

Il a de bons rapports avec son épouse Fanta qui attend leur 3^{ème} enfant.

Il n'a qu'une connaissance sommaire du VIH/sida et n'aime pas que l'on engage des conversations sur ce sujet encore moins lui parler de dépistage et de préservatif.

Groupes cibles secondaires

Les leaders religieux

Les leaders communautaires

Les meilleurs amis

Les témoins de mariage

Objectif de communication

- D'ici fin 2018, 40% des hommes de 30 à 45 ans vivant en couple séro-discordants en milieu urbain en Côte d'Ivoire apporteront leur soutien à leur conjointe séropositive et continueront de vivre avec elle. (taux actuel : 18% des hommes de 30-39 ans et 17,7% des hommes de 40-49 ans sont tolérants envers les PVVIH, EDS 2011-2012)

Problème : L'entourage ne favorise pas l'observance des recommandations du personnel de santé relatives à l'allaitement exclusif chez les mères séropositives

Groupe cible primaire le plus concerné

Les grand-mères des nouveaux nés de mères séropositives en zone urbaine

Profil du segment prioritaire

La grand-mère est un soutien de poids dans les premiers mois de la naissance d'un enfant.

En particulier, c'est à elles qu'appartient la prise de décision concernant les aliments à donner à l'enfant et ce sans le consentement de la mère (l'eau/ Bouillie/ les décoctions).

Connaissances, Attitudes et Pratiques

Les parentes âgées n'ont que des connaissances très basiques sur le VIH/sida.

Elles s'informent surtout au travers de la Communication inter personnelle, de la radio et TV et au centre de santé communautaire.

Elles sont peu tolérantes, mettent à l'écart les femmes (brus) séropositives.

Elles appartiennent souvent à un foyer polygamique. Vivent avec la famille élargie dans des cours communes. La pauvreté domine parmi elles et elles sont sensibles aux différentes rumeurs qui circulent.

Histoire de vie

Clémentine, 60 ans, vient d'arriver du village. Elle a rejoint sa fille Nadia qui vient de mettre au monde un petit garçon. Clémentine aide donc Nadia à s'occuper de son bébé dans une cour commune à Adjamé Bracodi.

Clémentine veut faire boire de l'eau et des décoctions à l'enfant. Nadia s'y oppose formellement sans pouvoir en donner les raisons. Très vite, des tensions apparaissent entre les deux femmes.

Les voisines prennent le parti de la mère.

Clémentine se retrouve isolée et tentée de baisser les bras face à cette situation.

Groupes cibles secondaires

Les conjoints

Les leaders communautaires

Les leaders religieux

Les prestataires de santé/ les conseillers communautaires

Le voisinage

Les nourrices fréquentant les centres de santé

Objectif de communication

- D'ici fin 2018, 50% des mères de nourrices séropositives sauront les avantages liés à l'allaitement maternel exclusif. **Taux actuel ?**
- D'ici fin 2018, 40% des mères de nourrices séropositives aideront à mettre en œuvre les recommandations relatives à l'allaitement maternel exclusif. (En 2012, à peine 1 femme sur 10 pratiquait l'allaitement maternel exclusif. UNICEF, 2014, Situation de l'enfant en Côte d'Ivoire)

Problème : Les prestataires de santé ne prennent pas en charge correctement les PVVIH.

Groupe cible primaire le plus concerné

Les prestataires de santé

Profil du segment prioritaire

Ils sont salariés, ont un revenu moyen, sont instruits et vivent dans les zones urbaines / péri-urbaines/ rurales.

Ils fréquentent les lieux de culte et sont en relation étroite avec la communauté. Ils appartiennent parfois à des associations syndicales.

Ils s'informent par les médias de masse et par les notes, circulaires, modules de formation dispensés au travers de leur administration.

Connaissances, Attitudes et pratiques

Ils sont formés, ont des connaissances approfondies en matière de VIH puisqu'ils ont reçu des formations en ce sens.

Ils ont des notions de base concernant les soins à apporter.

Ils ne respectent pas le secret médical⁸, se méfient des PVVIH.

Ils perçoivent la prise en charge des PVVIH comme des prestations supplémentaires, se trouvent trop sollicités avec une charge de travail estimée énorme et se disent sous-payés.

Ils ont un comportement de rejet vis-à-vis des PVVIH.

Les PVVIH sont reçus dans les mêmes centres de santé que les autres clients mais ont des =médecins qui leur sont affectés spécialement.

Chaque structure a son circuit pour le traitement des PVVIH.

Les prestataires de santé reçoivent les PVVIH dans des points focaux après les autres malades et ne respectent pas les normes dans les pratiques VIH.

Histoire de vie

Dr PALE Dorcas, 34 ans, est médecin généraliste nouvellement affectée au CHR de Bondoukou.

Elle est célibataire sans enfant. Tous les jours elle fait la messe de 6H30 minutes.

Elle regarde la télé après le travail et est très souvent connectée sur son portable.

Elle a été formée à la prise en charge des PVVIH. Elle reçoit en moyenne plus de 20 malades par jour. Elle trouve que les PVVIH alourdissent sa charge de travail.

Elle sait aussi qu'à Abidjan ses collègues reçoivent une prime pour la prise en charge des PVVIH. Pendant ses consultations, elle accorde plus d'attention aux autres patients et fait attendre les PVVIH sur un banc dans un coin de l'hôpital pendant des heures. Très souvent, elle arrête les consultations avant de les avoir tous reçus en les renvoyant au lendemain

Groupes cibles secondaires

Les autorités sanitaires

Objectifs de communication

- D'ici fin 2018, 80% des prestataires de santé âgés de 25-45 ans, vivant en zone urbaine réserveront un bon accueil aux PVVIH **Taux actuel ?**
- D'ici fin 2018, 80 % des prestataires de santé âgés de 25-45 ans, vivant en zone urbaine traiteront sans distinction tous les patients. **Taux actuel ?**

⁸ SYNOVATE West Africa, pour le compte de JHU/CCP, 2008, *Etude de base sur les perceptions de la qualité des services offerts aux PVVIH et sur la stigmatisation liée au VIH/sida en Côte d'Ivoire, cas du CAT d'Adjamé et de l'USAC à Abidjan, et des CHR d'Abengourou et San Pedro.*

III.4. LES AXES STRATEGIQUES D'INTERVENTION

Développement de campagnes médiatiques nationales sur les TV, les radios émettant au niveau national et au travers de l'affichage public

La côte d'Ivoire a la chance de disposer d'un paysage audiovisuel particulièrement riche et dont on peut moduler l'utilisation selon les cibles en fonction de la nature même des médias. Permettant de toucher le plus grand nombre, ce canal médiatique mérite de continuer d'être particulièrement exploité pour un certain nombre de messages en matière de lutte contre le VIH/sida. Et ce d'autant que l'équipement audiovisuel des ménages est parmi les meilleurs de la sous-région.

Pour l'utilisation de la télévision, le ciblage se fera en fonction des tranches horaires de diffusion. Pour exemple, on sait que les jeunes femmes qu'elles soient urbaines ou rurales affectionnent tout particulièrement les séries ou « soap » de type télé-novellas, qu'elles regardent assidûment le soir autour de 19 Heures. Il est donc à préconiser la production de feuilletons, à diffuser à raison d'au moins deux épisodes par semaine. Ces feuilletons mettant en scène des personnages dans des situations proches de la réalité permettront d'aborder les différentes thématiques de la réduction du multi-partenariat, de la promotion du test de dépistage et de la fréquentation des services de santé (CPN-accouchement-CPoN, PTME), de la non stigmatisation des PVVIH et des HSH etc...

Le choix de comédiens et comédiennes connues et appréciées sera un plus pour l'engouement à créer autour de ce feuilleton.⁷

En milieu rural, ce sont surtout les radios de proximité et en particulier, les radios confessionnelles qui seront utilisées pour atteindre les groupes cibles de femmes plus âgées. Des microprogrammes, des spots de témoignages, des mini-débats seront élaborés pour cette cible.

Les jeunes, friands des programmes musicaux des radios commerciales « branchées » pourront se retrouver dans des chansons commandées à des artistes appréciés et développant les thèmes de l'utilisation du préservatif et du test de dépistage ainsi que du retardement des premiers rapports sexuels

La télévision nationale qui s'adresse à l'ensemble de la population pourra être mise à profit pour l'organisation et la diffusion de débats autour de témoignages ou/et de reportages préalablement produits.

Pour les publics masculins urbains lettrés, on utilisera la presse écrite pour publier des dossiers, des articles de vulgarisation médicale.

L'ensemble de la palette des médias disponibles devrait donc pouvoir être investie afin de toucher le maximum de personnes.

L'affichage routier et urbain avec des visuels simples et mobilisateurs sera utilisé partout où sont implantées les régies publicitaires.

La finalité des actions menées dans le cadre de cet axe stratégique sera de renforcer le niveau général d'information des populations sur le VIH/sida, les services existants dont on sait qu'il est déjà assez élevé, mais surtout de promouvoir de nouvelles normes sociales plus favorables à l'adoption de nouveaux comportements à moindre risques. Ce sont surtout les thèmes concernant les risques liés au multi-partenariat, la nécessité de l'utilisation du préservatif et la promotion du test de dépistage qui seront développés dans ces campagnes médiatiques.

Etablissement de contrats de partenariat avec les radios communautaires et confessionnelles

⁷ Voir la méthodologie Sobrido d'élaboration des feuilletons de sensibilisation

Chaque début d'année, des contrats de partenariat seront signés avec les radios de proximité les plus écoutées ou permettant de toucher un groupe bien précis de population et ce dans l'ensemble du pays. Au préalable, une étude d'audience aura permis de déterminer ces radios. Un cahier des charges précis sera élaboré avec chacune des radios au niveau local. Y seront consignées le nombre et la nature des émissions à produire et diffuser et le nombre de rediffusion à effectuer. Les troupes de comédiens et les groupes musicaux locaux seront également identifiés pour servir de partenaires dans les productions radiophoniques. A côté des productions de fictions comme les feuilletons, on encouragera la production d'émissions interactives pendant lesquelles les auditeurs et auditrices pourront intervenir par téléphone. De même le médium radio sera utilisé pour diffuser et promouvoir les bonnes pratiques et réussites dans le domaine de la lutte contre le Sida au niveau régional et local.

Renforcement des activités de mobilisation sociale et communautaire

Toutes les occasions seront saisies au niveau national comme régional et départemental pour organiser des journées de mobilisation de tous les acteurs pouvant influencer sur les comportements porteurs de risques en matière de VIH/SIDA. Qu'il s'agisse d'organiser des caravanes, des tournées théâtrales, des journées portes ouvertes dans les structures de santé, on recherchera l'appui, l'engagement et la participation active des responsables politico-administratifs et des leaders d'opinion de tous ordres : leaders du culte, leaders communautaires, leaders du tissu associatif, enseignants, artistes et sportifs locaux. Les tournois sportifs, par exemple de football, les cérémonies régionales (fête des ignames etc...) seront recensés et il sera programmé parallèlement, des activités d'accompagnement sous forme de podiums avec intervention musicale, banderoles porteuses de messages, quizz et distribution de gadgets, etc. La célébration des Journées Mondiales (contraception, sida, Population...) sera l'occasion de développer la mobilisation sociale et communautaire autour des thématiques de la lutte contre le VIH/sida. Des « ambassadeurs de la lutte contre le SIDA » seront identifiés et contractualisés parmi les personnalités les plus appréciées du monde culturel et sportif.

La mise en œuvre d'activités d'Education par le Divertissement pour les publics ruraux de femmes et de jeunes

Autant que faire se peut, on accordera la priorité, pour le public des élèves/étudiants, des jeunes déscolarisés et des femmes, en particulier en milieu rural, aux activités d'Education par le Divertissement qui allient détente, jeux, réflexion et pédagogie. Les tournées de présentation de sketches, les projections de films, de témoignages, les jeux de connaissance générale, les chansons, les concours, comme des concours de documentaires ou de spots audio et vidéo, seront organisés auprès de ces publics. L'Education par le Divertissement a largement démontré son efficacité. Elle est en particulier conseillée pour tout ce qui a trait au changement des normes sociales.

La poursuite d'activité de Communication Inter Personnelle (CIP) dans les structures de santé, dans les communautés rurales, dans les associations et groupements en milieu rural

Quelque soit l'efficacité des campagnes médiatiques sur l'adoption de nouveaux comportements, la Communication Inter Personnelle et en particulier l'éducation par les pairs reste incontournable. Elle permet l'échange immédiat, elle permet d'aborder des sujets

déliçats qu'il est difficile d'évoquer devant des masses de population. En ce sens, même si les nouvelles technologies doivent être utilisées, la CIP demeure une des approches indispensables avec des séances de sensibilisation pour les femmes et jeunes filles dans les structures de santé, des causeries/débats, des projections dans les groupements de producteurs, dans les regroupements de jeunes, dans les associations de parents d'élèves etc. En un mot, partout où les segments de population se retrouvent pour des activités sociales, ludiques ou associatives, une approche de communication Inter Personnelle doit être initiée. La communication qu'ils développent étant plus adaptée et efficace que celle d'intervenants extérieurs, on encouragera la formation des pairs tout comme les témoignages de ceux qui sont déjà confrontés au problème du VIH/Sida. Cette approche sera en particulier utilisée auprès des minorités, des PVVIH, des jeunes, des parentes âgées influentes dans la communauté. Les réunions de culte, étant particulièrement prisées par les femmes, en milieu urbain mais aussi rural, on fera tout pour impliquer les leaders religieux, les prêcheurs, dans l'organisation de causeries dans cet espace. La thématique de la tolérance et de la non stigmatisation des PVVIH devrait en particulier pouvoir trouver sa place dans cet espace de communication.

L'exécution d'un programme de communication de proximité sur les lieux de travail, dans les organisations syndicales et les groupements professionnels pour les groupes cibles masculins en milieu urbain mais aussi rural

Pour les hommes, qu'ils soient fonctionnaires, employés du secteur privé ou œuvrant dans l'informel, il est recommandé de développer un programme s'adressant à leurs représentations syndicales, patronales et d'une manière générale à leur organisations professionnelles. En milieu rural, les groupements, les coopératives, les faïtières seront investis pour des activités de communication ciblées

. La communication Inter Personnelle sera développée dans ses canaux avec des supports audio et vidéo capables de catalyser les échanges d'expériences, d'opinions et les témoignages.

De même, on encouragera l'affichage de posters et la diffusion de spots et chansons dans les lieux de détente fréquentés par la population masculine ; « banguidromes », maquis, bars etc. Cela suppose bien sûr que ce programme soit négocié avec les propriétaires/gérants de ces lieux de rencontres et de loisirs qui pourraient bénéficier d'un label à créer récompensant leur implication dans la lutte commune contre la propagation du VIH/sida.

L'implication des leaders communautaires et religieux dans les actions en faveur du dépistage du VIH et de la non stigmatisation des PVVIH

En Côte d'Ivoire, le fait religieux est une composante sociale incontournable. Si l'on veut faire bouger les normes sociales aussi bien en matière de pratiques sexuelles que d'attitude à l'égard des PVVIH et des HSH, il est nécessaire que les « animateurs » de ces différentes religions se mobilisent pour promouvoir les thèmes compatibles avec leurs différentes croyances : fidélité, abandon du multi-partenariat, soutien aux PVVIH, promotion du test de dépistage... A défaut d'obtenir leur implication directe dans les activités de prévention, il est vital d'obtenir leur neutralité par rapport aux interventions programmées pour généraliser l'utilisation systématique du préservatif. Une fois identifiés, les leaders religieux locaux devront continuer d'être informés, formés afin qu'ils apportent des réponses aux questions que leur fidèles se posent. Les prestataires de santé devraient travailler en collaboration avec ces leaders religieux locaux afin de crédibiliser les messages qu'ils font passer à leur niveau.

La réalisation de recherches préalables et de recherches actions d'accompagnement pendant toute la durée de l'exécution de l'ensemble du programme de lutte contre le VIH/sida.

L'Enquête Démographique et de Santé 2012 a fourni de très intéressantes

données sur la situation en matière d'information, d'attitudes et de comportements des populations par rapport au VIH/sida, d'autres études ponctuelles ont été réalisées par certains partenaires toutefois à la lumière de ces données existantes, il serait intéressant de développer quelques études qualitatives complémentaires afin d'approfondir les causes de certains constats. De même, pendant l'exécution de la nouvelle stratégie de communication il sera nécessaire de réaliser des recherches actions d'accompagnement afin de voir comment les segments de population ciblés répondent aux activités déployées. En particulier des études de Médiamétrie et des études qualitatives approfondies devront être réalisées afin de mesurer les changements opérés en matière de normes sociales. Pour certains segments de cible comme les HSH, des études qualitatives complémentaires pourraient être menées pour affiner les stratégies c'est-à-dire les canaux, les lieux pour les atteindre, les arguments pour les convaincre, etc.

Préalablement mêmes aux interventions, tout un travail d'identification et quasiment de cartographie devrait être mené par rapport aux médias disponibles, leur pénétration et les segments d'audience qu'ils atteignent.

Enfin le nouveau PSN2016-2020 met l'accent sur les PHV ou Populations hautement vulnérables mais l'analyse montre qu'on ne dispose quasiment d'aucune données fiables sur les effectifs de ces groupes cibles comme les HSH et surtout les Utilisateurs de Drogues et Drogues Injectables. Des recherches devraient donc être menées sur ces groupes afin que les stratégies à développer dans leur direction soient affinées et particulièrement adaptées.

Le développement de l'utilisation des TIC en direction des cibles, surtout les urbains, des cadres, et des minorités sexuelles

L'appétence de certains segments de la population pour les réseaux sociaux, l'Internet en général, la téléphonie mobile, doit orienter la stratégie vers l'utilisation systématique de ce créneau de communication. Construction de pages Facebook, élaboration d'éléments audio ou images distribués sur carte mémoire ou clefs USB, envoi de SMS d'information et de sensibilisation, il conviendrait de ne négliger aucune de ces pistes que les technologies actuelles rendent possibles et efficaces auprès de certains publics. Là encore, avant de lancer ce volet novateur, il pourrait être intéressant de confier à un spécialiste une étude de faisabilité qui permettra de tracer les contours de ce type d'activités.

Pour des groupes de populations extrêmement marginalisés et discriminés qui entretiennent des rapports sexuels dissimulés, comme les HSH, les Utilisateurs de drogues, et même les populations carcérales, l'exploitation du canal Internet paraît une stratégie nécessaire et appropriée.

L'évaluation l'extension et la généralisation des stratégies novatrices testées et mises en œuvre dans le cadre du PSN 2012-2015

Dans le cadre de l'exécution du précédent Plan Stratégique National 2012-2015 un certain nombre de stratégies novatrices ont été développées et testées par rapport à des groupes de population hautement vulnérable. Elles s'attaquaient à des problèmes prioritaires. Au moins cinq expériences innovantes ont été documentées et ont obtenu des résultats positifs.

- La rétention des femmes enceintes séropositives pour la PTME menée à San Pedro par l'ONG APROSAM avec le soutien financier de l'ONG ARIEL a permis de maintenir dans le centre 100 % des femmes enceintes dépistées positives qui ont toutes eu un accouchement assisté et tous les nouveaux nés exposés ont été précocement dépistés. Ce résultat a été rendu possible grâce à une stratégie de suivi et de soutien nutritionnel sous forme de distribution de vivres (riz, huile, savons) dès l'inscription des femmes enceintes en première CPN 1 et dont les quantités ont été régulièrement augmentées au

fur et à mesure des CPN, de l'accouchement et de la fréquentation des CPoN. De plus 80 % des partenaires ou conjoints des femmes suivies ont accepté également de se faire dépister.

- Rétention des Educateurs Paires Professionnel(le)s du Sexe. L'expérience menée par l'ONG « Groupe biblique des Hôpitaux (GBH-CI) a consisté à retenir dans les soins les Paires Educateurs PS d'Abengourou en leur offrant les moyens pour mener des activités individuelles génératrices de revenus grâce à l'appui à des crédits bancaires. Ainsi encouragées et valorisées ces femmes ont amélioré, accru, et poursuivi leurs activités de prévention auprès de leurs paires .
- Création de cliniques de nuit sur les sites de travail du sexe. Cette stratégie mise en œuvre par l'ONG RSB – Renaissance Santé Bouaké a permis d'apporter les consultations médicales sur les lieux mêmes de travail et de rencontres des PS (maisons closes, bar, hôtels..) pour le dépistage du VIH et des IST. Cette expérience qui garantit une meilleure confidentialité que dans les structures sanitaires et qui a permis de faire des économies en frais de transport, s'est traduite par une multiplication significative du nombre de PS touchées et adhérant à la prévention.
- Sensibilisation des HSH par Internet. L'expérience portée par l'ONG Alternative Côte d'Ivoire a consisté à sensibiliser par Internet le groupe des HSH par nature difficile à atteindre par les stratégies classiques. Les messages diffusés sur les sites de rencontres se sont poursuivis par des échanges sur les messageries instantanées puis par des séances plus traditionnelles de CIP. Par presque 2000 personnes ont été sensibilisées en mode virtuel et 192 en tête à tête. La confidentialité attachée à cette stratégie permet aux HSH de bénéficier de prestations de prévention à l'abri de la stigmatisation et de la répression policière.
- Prise en charge des PVVIH en milieu carcéral (MACA d'Abidjan). Ce projet mis en oeuvre à l'initiative d'Expertise France ⁸ de 2008 à 2012 a eu pour objectif d'offrir aux détenus de la MACA mais aussi gardiens et aux riverains des services de prévention, de diagnostic et de prise en charge. Les résultats enregistrés sont probants : près de 20 000 détenus conseillés, près de 14 000 détenus dépistés. Avec un taux d'acceptation du test de dépistage de 71 %, 720 détenus ont été dépistés positifs, 149 d'entre eux ont été mis sous ARV ainsi que 20 % des co-infectés. Par ailleurs, 1060 riverains ont été conseillés et 653 dépistés dont 360 femmes enceintes. L'extension nationale de ce projet ne peut qu'être encouragée et ses résultats évalués.

Ces initiatives et bien d'autres moins documentées méritent de passer à l'échelle nationale et d'être répliquées auprès des différents groupes prioritaires.

III.5. CANAUX ET SUPPORTS DE COMMUNICATION

Une fois les cibles déterminées, leurs connaissances, attitudes et pratiques analysées, les problèmes prioritaires identifiés pour chaque cible, les axes d'intervention définis, il convient d'opérer un choix raisonné des canaux à utiliser et des supports à produire pour diffuser plus tard les messages. Ce choix n'est pas réalisé au hasard, c'est un choix raisonné en fonction de plusieurs critères :

- L'effectif du groupe cible à toucher
- Son accessibilité physique et financière aux différents média
- Ses caractéristiques propres (alphabétisation, niveau de formation, habitudes d'exposition aux médias)
- La facilité ou la difficulté à accéder au groupe cible
- L'attrance pour tel ou tel type de canal et de support
- Le potentiel du support à véhiculer un message complexe
- Le thème du message et type de comportement à promouvoir
- L'expertise technique (graphisme audiovisuel, animation) disponible
- Les ressources humaines disponibles (cas de la CIP)

⁸ Expertise France remplace ESTHER – Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau

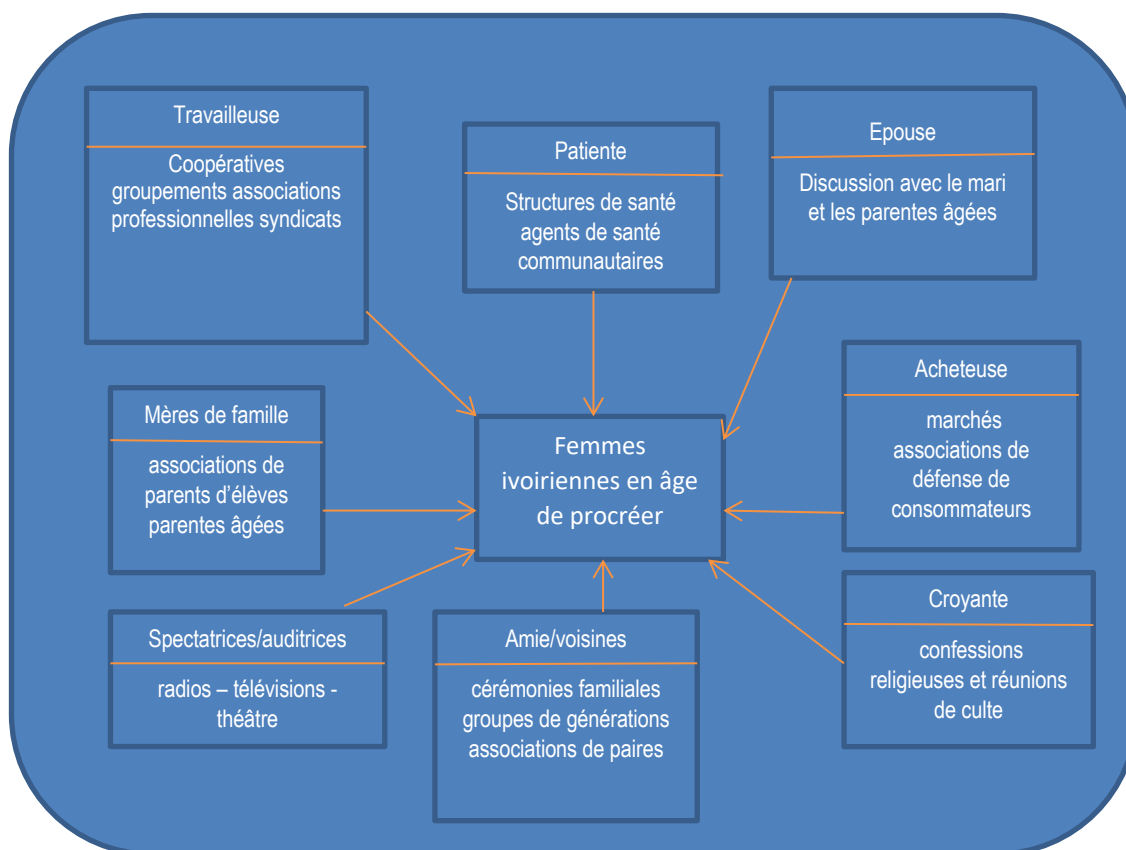
- Le coût de l'utilisation de chaque canal
- Le coût de production/ diffusion de chaque support
- Le budget disponible
- Les délais de production et de diffusion impartis

Les canaux et supports de communication doivent être sélectionnés en fonction du rapport coût/ efficacité ou coût /performance.

On choisit donc après analyse de tous ces critères les canaux et supports qui touchent **le mieux et le plus d'individus au moindre coût**.

Chaque groupe cible peut être atteint simultanément par divers canaux selon les différents rôles⁹ que chacun enchaîne dans sa vie personnelle : canaux institutionnels (ministères, structures sanitaires et éducationnelles etc...), canaux médiatiques (radio, TV, affichage) et canaux socio-traditionnels (pairs, leaders, associations, ONG...). L'utilisation simultanée et la combinaison de ces canaux sont une garantie d'efficacité des messages à condition que ces derniers soient parfaitement coordonnés et complémentaires et que chaque intervenant partage les mêmes axes de communication.

La femme dans ses différents rôles et les différents canaux pour la toucher



⁹ La figure ci-dessus illustre par exemple pour les femmes, les différents rôles et les canaux qui peuvent être utilisés avec profit pour la délivrance de messages ciblés

GROUPES CIBLES	CANAL INSTITUTIONNEL	CANAL MEDIAS	CANAL SOCIO TRADITIONNEL	SUPPORTS
Les couples en union, âgées de 30 à 49 ans vivant en milieu urbain dont seulement 31 % se sont fait dépistés	Lieux de travail Syndicats – Comités d'entreprises	Radio – TV - Affichage	Leaders communautaires et religieux Associations diverses	Spots et microprogrammes radio et télé, capsules, PAD, affiches 12 m ² , affiches abri bus Réunions, culte Dépliants, boîtes à image, album photos SMS
Les HSH ou Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes 18-24 ans, célibataires, niveau instruction secondaire ou supérieur	Structures de santé et agents de santé	Radio proximité Internet (réseaux sociaux) Téléphone portable	Pairs éducateurs Pairs ONG,	Spots Témoignage Site SMS
Les hommes de 30 à 49 ans vivant en milieu rural dont 15 % se sont fait dépister	Ecole/enseignants Vulgarisateurs agricoles Autorités politico-administratives	Radios de proximité Radios confessionnelles	Coopératives Associations Conseillers communautaires	Emissions radio interactives Flipcharts Sketchs théâtre
Les femmes de 30 à 49 ans vivant en milieu rural		Radios confessionnelles et de proximité	Cérémonies sociales et familiales Associations et groupements	Emissions – spots – Microprogrammes Feuilleton radio Pagivoltes
Les hommes âgés de 35 à 45 ans en union, en milieu urbain, éducation primaire et statut éco moyen	Lieux de travail Syndicats Group ^{ts} professionnels	Radio, télé, affichage, téléphonie mobile	Leaders religieux et communautaires Educateurs de pairs	Spots radios microprogrammes affiche
Les hommes urbains de plus de 40 ans riches avec niveau instruction élevé et accès facile à l'information	Lieux de travail Syndicat – organisation professionnelle	TV – Internet - journaux		Dépliants Sites internet
Les hommes âgés de 35-45 ans vivant en couple séro-discordants	Prestataires de santé	Radio de proximité	Pairs et amis	
Les jeunes femmes célibataires de 15-24 ans, vivant en milieu urbain dont 70 % ne se font pas dépister	Prestataires de santé	TV – radios commerciales	Pairs éducatrices Associations	Feuilletons TV et radio Romans photos
Les PVVIH hommes sous ARV	Prestataires de santé		Pairs éducateurs Groupes de soutien Associations Réseaux	Flipcharts – Micro-programme audio dépliants

Les femmes enceintes de 20-25 ans en union ou pas, du milieu urbain, ayant un niveau primaire au plus et de statut socio-économique pauvre	Prestataires de santé Agents de santé communautaires	Radios de proximité TV TV communautaires	Paires éducatrices Associations Parentes âgées	Feuilletos radios Emissions interactives Pagivoltes Dépliants visuels
Les femmes enceintes de 35-49 ans en union, du milieu rural, au statut socio-économique pauvre et sans instruction	Prestataires de santé Agents de santé communautaires	Radios communautaires Troupes théâtrales	Associations Coopératives Leaders	Flipchart Sketchs Feuilletos radio microprogrammes
Les mères séropositives de 20-34 ans en union, vivant en milieu urbain, au niveau d'instruction primaire ou moins et pauvres	Prestataires de santé	Radios confessionnelles Radios de proximité	Groupes de soutien Associations –ONG Paires éducateurs	Feuilletos radio Album photo BD Romans photos
Les prestataires de santé	Formations, coaching Séminaires – colloques Symposium Circulaires – notes services	Sites Internet		Note technique Module de formation diaporamas
Les grands- mères et parentes âgées des nouveaux nés de mères séropositives			Les groupes de génération Les groupements Les leaders religieux et communautaires	Pagivoltes Témoignages sketchs
Les détenus masculins de 18 à 50 ans	Prestataires de santé		ONG –projets Paires éducateurs	Flipcharts Dépliants Affichettes
Les hommes en uniforme	Prestataires de santé La hiérarchie militaire		Les pairs éducateurs Associations Les clubs et mess d'officiers	Diaporamas Flipcharts Dépliants
Les migrants, routiers, et autres populations mobiles	Les services d'émigration Les syndicats Les groupements professionnels	Les émissions radio Les SMS La CB	Les kiosques La CIP dans les gares routières Les associations d'originaires Les services consulaires	Affiches Flipchart Vidéos témoignages

III.6. LES MESSAGES

DOMAINE DU CONSEIL ET DEPISTAGE

Problème prioritaire

Le faible taux de réalisation du dépistage du VIH/sida (seulement un peu plus d'une femme sur trois et d'un homme sur quatre ont réalisé le test et pris leurs résultats)

Contenus de messages à adresser aux couples en général

1. Faire le test de dépistage du VIH c'est la possibilité de connaître son statut sérologique et le meilleur moyen d'avoir accès au traitement en cas de séropositivité
2. Faire le test de dépistage du VIH permet de maintenir son statut si l'on est séronégatif et d'adopter des comportements sans risque pour ne pas infecter les autres et se surinfecter soi-même, si l'on est séropositif.
3. Le test de dépistage du VIH est volontaire, anonyme et gratuit. En le faisant, on bénéficie tôt de la prise en charge et du traitement par les ARV si l'on est séropositif.
4. Dans un couple, les deux partenaires doivent prendre la décision de réaliser et d'aller ensemble faire le test de dépistage après en avoir parlé auparavant.

Contenu de message à adresser aux jeunes filles urbaines de la classe d'âge 15-24ans

1. Le test de dépistage du VIH est d'autant plus important que l'on est célibataire et que l'on a eu ou on a plusieurs partenaires simultanément ou successivement. On ne peut jamais être sûr du statut sérologique de ses partenaires et de leurs partenaires antérieures ou simultanées

Problème prioritaire

99 % des partenaires/conjoint des femmes enceintes ne se font pas dépister pour le VIH

Contenus de messages à adresser aux conjoints/partenaires des femmes enceintes

1. Le partenaire/conjoint d'une femme enceinte doit se faire dépister pour éviter d'infecter sa femme et d'infecter aussi son futur enfant.
2. On peut avoir une partenaire/conjointe séronégative et être soi-même séropositif. Les couples séro-discordants sont nombreux. On n'a pas forcément le même statut sérologique que sa partenaire

Problème prioritaire

73 % de la population des Hommes pratiquant le Sexe avec des Hommes, les HSH, ne se font pas dépister

Contenus de messages à adresser aux Hommes ayant des Rapports Sexuels avec des hommes

1. Toute personne est libre de son choix sexuel mais certaines pratiques augmentent le risque d'infection au VIH aussi est-il nécessaire, dans ce cas, de se faire dépister afin de connaître son statut sérologique et d'adopter des comportements à moindre risque.
2. Quelque-soit son orientation sexuelle, tout individu a droit à une prise en charge s'il est séropositif. Pour avoir accès à cette prise en charge, il faut avoir réalisé son test de dépistage du VIH.

Problème prioritaire

Un utilisateur de drogues sur deux à plusieurs partenaires sexuels et seulement 38 % disent avoir effectué une fois le test de dépistage du VIH alors que moins d'un que trois sur quatre n'utilisent pas régulièrement le préservatif

Messages à adresser aux UD et UDI

1. L'usage de drogues fait perdre le contrôle sur les comportements sexuels et l'usage de drogues injectables ajoute le risque lié à l'utilisation de seringues contaminées, seul le test de dépistage peut permettre aux utilisateurs de drogues de connaître leur statut sérologique.
2. Pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge par les ARV si l'on est séropositif et s'intégrer dans les programmes d'accès aux seringues jetables il faut d'abord connaître son statut sérologique et donc avoir fait le test de dépistage

Messages à adresser aux populations mobiles

1. Lorsque l'on voyage souvent, que l'on n'est pas en famille, il arrive que l'on ait plusieurs partenaires sexuelles dont on ne connaît pas le passé et le statut sérologique, on s'expose donc au risque de contracter les IST et le VIH/SIDA il est donc vital de faire régulièrement son test de dépistage pour adopter de bons comportements permettant de conserver son statut si l'on est négatif et d'avoir accès aux ARV si l'on est dépisté séropositif.

DANS LE DOMAINE DE LA PREVENTION DE TRANSMISSION MERE ENFANTS

Problème prioritaire

La faible fréquentation des structures sanitaires (les CPN pendant la grossesse, les maternités et centres de santé lors de l'accouchement, les Consultations Postnatales, les sites PTME))

Contenus de messages à adresser aux femmes enceintes et leurs partenaires/conjoint

1. Une femme enceinte doit fréquenter régulièrement la PMI et faire intégralement les **quatre** visites de contrôle pendant les neuf mois de sa grossesse, afin de surveiller si tout se déroule normalement et pouvoir accoucher dans les meilleures conditions
2. En fréquentant les PMI, les femmes enceintes sont dépistées pour le VIH/sida et peuvent ainsi être immédiatement mises sous traitement pour ne pas infecter leur bébé à naître
3. Une femme enceinte séropositive mise sous traitement a de fortes probabilités pour que son enfant ne soit pas séropositif grâce au traitement par les ARV

Problème prioritaire

59 % des femmes, soit un peu plus d'une femme sur deux, accouchent dans une structure sanitaire, 41 % accouchent à domicile.

Contenus de message clé

1. L'accouchement est un acte naturel qui se passe bien dans la plupart des cas. Mais il est toujours préférable qu'il se déroule dans une structure sanitaire. L'accouchement dans une structure sanitaire permet de détecter les complications éventuelles et de les prendre en charge aussitôt.

2. La femme enceinte séropositive peut transmettre le virus du VIH à son bébé pendant la grossesse ou lors de l'accouchement, il est donc très important que ce dernier se passe dans une maternité avec un personnel sanitaire qualifié disposant de toute la formation pour faire face à la situation.

Problème prioritaire

30 % des mères séropositives ne reviennent pas dans les 48 heures après l'accouchement et 23 % ne reviennent pas aux CPoN dans les 41 jours ayant suivi l'accouchement.

Contenus de message clé

1. La fréquentation des structures de santé pour les trois consultations post natales préconisées après l'accouchement est indispensable. Ces visites permettent de contrôler l'état de santé de la mère et du bébé pendant les 40 premiers jours suivant l'accouchement.

2. La mère nouvellement accouchée qui a été dépistée séropositive doit encore plus qu'une autre nouvelle mère, se rendre aux consultations post natales pour être suivie et obtenir ou continuer le traitement par les ARV, et pour que le personnel de santé puisse voir si elle observe correctement son traitement.

3. La mère nouvellement accouchée et qui est séropositive si elle fréquente les Consultations post natales fait prendre en charge son nouveau-né qui reçoit des ARV si besoin est

Problème prioritaire

La mauvaise qualité des soins donnés aux nourrissons de mères séropositives

(Les mauvaises pratiques d'allaitement : mise au sein plusieurs jours après l'accouchement et délivrance d'eau sucrée, autres liquides et solides dès les premiers jours)

Contenus de messages à adresser aux femmes

1. Des soins essentiels doivent être donnés aux nouveaux nés (soin au cordon, mise au sein précoce, allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois) surtout si sa mère est séropositive.
2. Les soins apportés au nourrisson par le personnel sanitaire juste après l'accouchement doivent empêcher toute transmission du VIH dont la mère est porteuse lorsqu'elle est séropositive. Ces soins qui sont donnés à tous les bébés sont particulièrement importants lorsque la mère est séropositive.
3. Le bébé doit être mis au sein immédiatement après la naissance parce que le lait de sa mère le protège dès la naissance. La maman séropositive qui est sous traitement doit allaiter son nourrisson.
4. Le lait maternel suffit à satisfaire tous les besoins de l'enfant jusqu'à 6 mois. Il n'est pas nécessaire et il est même néfaste, de lui donner autre chose à consommer que ce lait avant 6 mois d'âge. La mère séropositive qui est sous traitement ARV a un lait qui ne peut contaminer son enfant mais qui lui apporte les nutriments dont il a besoin.

Problème prioritaire

Le faible soutien des hommes à leur femme pour la fréquentation des structures de santé et l'inobservance de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.

Contenus de messages à adresser aux hommes

1. Il est du devoir du chef de famille d'épauler et d'appuyer son épouse pour qu'elle mette en œuvre les

comportements les plus favorables à sa santé et à celle de ses enfants.

2. Le lait maternel suffit totalement à l'enfant et l'homme doit donc éduquer et encourager sa femme à ne rien donner d'autre que le lait à son bébé. Le lait maternel est disponible, il est gratuit et n'entraîne donc aucune dépense supplémentaire pour le foyer.
3. Les hommes qui encouragent et donnent à leur épouse tous les moyens pour fréquenter les structures de santé pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement s'évitent les nombreux frais qu'occasionnent des maladies qui peuvent être prévenues par des visites régulières dans les structures créées pour cela.

Contenus de messages à adresser aux grands-mères, aux belles-mères et toutes les parentes âgées de la famille

1. Dans la tradition il y a de bonnes pratiques, favorables à la santé, et il y en a d'autres qui sont négatives pour la santé et qu'il vaut mieux abandonner ou modifier
2. Les grands-mères, les belles-mères ont une grande part de responsabilité parce que les maris comptent sur elles pour venir en aide aux jeunes mères. Du fait de cette responsabilité, les femmes un peu âgées de la famille doivent réellement donner de bons conseils
3. Il faut encourager les jeunes femmes, les jeunes mères à fréquenter les structures de santé pour les CPN, l'accouchement et les CPoN afin qu'elles soient dépistées par rapport au VIH, puis qu'elles reçoivent un traitement par les ARV si elles sont séropositives afin qu'elles et leurs bébés se portent bien.
4. Si les grands-mères ne s'informent pas, elles vont continuer de donner des conseils qui ne vont plus avec le temps d'aujourd'hui et elles seront moins écoutées. On risque de dire qu'elles sont dépassées et qu'elles sont de mauvaises conseillères.
5. Un leader apprécié est celui qui fait le bien de sa communauté. Une grand-mère appréciée et respectée est celle qui va transmettre ce qu'il y a de bon dans sa propre expérience et qui va aussi donner des conseils basés sur les nouvelles connaissances.

DOMAINE DE LA PRISE EN CHARGE

Contenus de messages à adresser aux prestataires de santé

1. Le rôle de l'agent de santé est d'offrir un bon accueil et la meilleure qualité de soin possible à toute personne qui vient fréquenter son service. C'est son intérêt personnel parce que si la population ne fréquente pas son service, il sera mal noté par ses supérieurs.
2. En matière de prise en charge du VIH et d'ARV on enregistre des progrès continus. De nouvelles molécules sont découvertes, de nouvelles procédures de prise en charge se succèdent, le prestataire de santé doit donc constamment se tenir au courant.
3. Le devoir et l'intérêt personnel du prestataire de santé lui imposent de se former, de se recycler en permanence sur les dernières pratiques de prise en charge, les derniers concepts de l'accueil et des soins aux PVVIH afin d'améliorer son efficacité et sa performance et donc ses perspectives de carrière.

DOMAINE DU MULTIPARTENARIAT ET UTILISATION DU PRESERVATIF

Problème prioritaire

Le manque de prise de conscience des risques encourus suite à la pratique du multi-partenariat sexuel sans utilisation systématique du préservatif

Contenu de message à adresser aux hommes

1. En multipliant les partenaires sexuelles, on multiplie inévitablement le risque de contracter une IST ou/et le VIH/sida.

Contenu de message clé

2. Aucun homme n'est plus fort que le virus du VIH/sida. Vouloir jouer au plus fort avec le virus c'est perdre systématiquement et risquer sa vie.

Contenu de message clé

3. Pour un moment de plaisir, si l'on oublie de se protéger, on met sa vie en danger.

Contenu de messages à adresser aux jeunes filles et jeunes femmes célibataires surtout urbaines

Le multi-partenariat, les rapports sexuels transactionnels, c'est-à-dire contre une faveur (argent, cadeau, promotion...), l'entretien par un « boss » ou « vieux père » font courir aux jeunes femmes qui les pratiquent des risques importants de contracter l'infection à VIH.

Contenus de messages à adresser aux détenus

1. Etre privé de liberté est déjà très difficile il est important de ne pas y ajouter la maladie alors en cas de relation sexuelle, utiliser systématiquement le préservatif est vital
2. Le taux de prévalence du VIH en prison est important donc le risque de contracter le virus est grand si un détenu a des relations sexuelles non protégées
3. Les détenus doivent se rapprocher des auxiliaires de santé et des ONG qui interviennent en milieu carcéral pour la distribution de préservatifs
4. Les détenus doivent participer aux campagnes de dépistage car ce n'est que s'ils connaissent leur statut sérologique qu'ils peuvent avoir accès aux traitements ARV s'ils sont séropositifs

Contenus de messages à adresser aux utilisateurs de drogues en particulier injectables

1. La consommation de drogues fait perdre le contrôle de soi et oublier de se protéger. Il faut toujours avoir avec soi des préservatifs pour les utiliser en cas de besoin.
2. L'échange de seringues et l'utilisation de seringues non stérilisées fait courir à l'utilisateur de drogues un très grand risque de contracter le VIH
3. Non seulement les différentes drogues détruisent la santé physique et morale de ceux qui ne peuvent s'en passer mais elle les expose à des comportements sexuels à risque et à la contamination par le partage de matériels d'injection.

Messages à adresser aux hommes en uniforme

1. L'uniforme et les armes donnent l'impression de la force mais ils sont sans effet sur l'ennemi mortel qu'est le VIH/Sida
2. Le multi-partenariat facilité par le prestige de l'uniforme et/ou l'utilisation de la force expose l'homme en uniforme à la forte probabilité de contracter les IST et le VIH/SIDA

3. L'utilisation systématique du préservatif pour chaque rapport sexuel et quelque- soit la partenaire est le seul moyen pour l'homme en uniforme de se protéger contre le VIH
4. Les différentes forces de sécurité (militaires, policiers, douaniers, gardes forestiers...) ont pour rôle de défendre leur pays et sa population, pour remplir cette haute mission eux-mêmes doivent se défendre contre le VIH/SIDA en adoptant des comportements sexuels à moindre risque.
5. Les routiers, les migrants sont contraints pour gagner de l'argent de quitter leur maison, leur(s) femme(s), leur famille. C'est un grand sacrifice qui ne doit pas s'accompagner du risque de mettre leur vie en péril en ayant des rapports sexuels non protégés.
6. Les populations mobiles comme les transporteurs routiers et les migrants saisonniers ou permanents se trouvent loin de leur femme et de leur famille et de ce fait ils ont des relations sexuelles soit avec des professionnelles du sexe soit avec des partenaires multiples dont ils ne connaissent pas le statut sérologique, il est donc vital qu'ils utilisent systématiquement le préservatif.
7. Les routiers, les migrants, les populations mobiles en général sont obligés de partir loin de chez eux pour pouvoir faire vivre leur famille. Ils partent chercher l'argent, pas la maladie et la mort. Ils doivent se protéger en cas de rapports sexuels pour ne pas ramener la maladie dans leur famille lorsqu'ils rentreront dans leur.

DANS LE DOMAINE DE LA STIGMATISATION

Problème prioritaire

Le manque de tolérance et l'attitude stigmatisante à l'égard des PVVIH de la part de la population et des prestataires de santé

Contenus de messages à adresser à la population en général

1. Les personnes séropositives, les PVVIH ne doivent pas être mises à l'écart, rejetées et stigmatisées mais soutenues pour qu'elles observent bien le traitement qui leur est prescrit
2. Le VIH/sida ne se contracte qu'au travers des rapports sexuels non protégés, lors d'une transfusion d'un sang contaminé, d'une mère séropositive à son bébé ou lorsque l'on utilise des objets piquants ou coupants qu'une personne porteuse du VIH a employés.
3. Les PVVIH, les HSH ont des droits et il n'y a aucune raison objective à les mettre à l'écart, à les stigmatiser et encore moins à les discriminer en fonction de leur statut de séropositifs ou pour leur choix sexuel.
4. Les personnes vivant avec le VIH sont en situation de souffrance, elles ont besoin de l'appui psychologique et affectif de leurs proches et de leur entourage.

Contenus de messages à adresser au conjoint et à la famille des mères séropositives

1. Les parentes âgées des mères séropositives doivent soutenir ces dernières au lieu de les rejeter et doivent les encourager à fréquenter les consultations régulièrement et à observer leur traitement.

2. Les personnes séropositives, les PVVIH, en particulier les mères séropositives, ne doivent pas être mises à l'écart, rejetées et stigmatisées mais soutenues pour qu'elles observent bien le traitement qui leur est prescrit.
3. Ecarter et rejeter une mère séropositive, c'est provoquer la dislocation de la famille et les souffrances des autres membres du foyer et des enfants.

CONCLUSION

La présente stratégie de communication qui repose sur une analyse approfondie de la situation, des contraintes et des opportunités, devrait permettre d'atteindre les objectifs souhaités de changement de comportement. Elle sera complétée et opérationnalisée par un plan de communication opérationnel budgétisé.

ANNEXE 1 : les argumentaires des messages

DOMAINE DU CONSEIL ET DEPISTAGE

Problème prioritaire

Le faible taux de réalisation du dépistage du VIH/SIDA (seulement un peu plus d'une femme sur trois et d'un homme sur quatre ont réalisé le test et pris leurs résultats)

Messages à adresser aux personnes en union

Contenu de message clé

Faire le test de dépistage du VIH c'est la possibilité de connaître son statut sérologique et le meilleur moyen d'avoir accès au traitement en cas de séropositivité

Argumentaire

Lorsqu'on ne connaît pas son statut sérologique, c'est-à-dire lorsque l'on ignore si l'on est séropositif ou non, on ne se traite pas et rapidement on peut développer la maladie et être victimes des maladies opportunistes dues à la baisse des défenses immunitaires.

Aux premiers temps de la pandémie du SIDA on n'avait pas de remèdes et beaucoup de gens préféraient donc ne pas savoir, car apprendre qu'ils étaient séropositifs équivalait pour eux à une sorte de condamnation à mort. La situation n'est plus du tout la même aujourd'hui car on dispose de médicaments efficaces, les Anti Rétro Viraux qui permettent de vivre avec le SIDA et longtemps. Pour recevoir ces traitements et être pris en charge dans le système de santé, il faut avoir fait son test. Le test de dépistage est la porte d'entrée vers le traitement.

Il ne faut donc pas faire l'autruche en cachant sa tête dans le sable pour ne pas savoir mais il faut être responsable et faire le test pour pouvoir se soigner et survivre lorsque l'on est Séropositif.

Contenu de message clé

Faire le test de dépistage du VIH permet de maintenir son statut si l'on est séronégatif et d'adopter des comportements sans risque pour ne pas infecter les autres et se surinfecter soi-même, si l'on est séropositif

Argumentaire

Tant que l'on n'a pas fait son test de dépistage du VIH on ne sait pas si l'on est ou non infecté par le virus. On peut paraître en bonne santé et porter le virus. Si l'on continue d'avoir des rapports sexuels non protégés et si l'on est séropositif en l'ignorant on multiplie le risque de se surinfecter et de développer la maladie alors que si l'on connaît son statut sérologique on va adopter le port systématique du préservatif et pouvoir se traiter. On aura alors beaucoup de chances de survivre longtemps avec le virus. En connaissant son statut sérologique et en se protégeant on limite également le risque d'infecter son ou ses partenaire(s). C'est-à-dire qu'on limite par là même la propagation du virus. Faire son test de dépistage est un devoir par rapport à son partenaire ou son conjoint. Si l'on a la chance d'être séronégatif il est important de le savoir pour maintenir ce statut en se protégeant systématiquement. Dans les deux cas que l'on soit séropositif ou séronégatif il est important de le savoir pour adopter des comportements de nature à réduire les risques de la propagation de la maladie.

Contenu de message clé

Le test de dépistage du VIH est volontaire, anonyme et gratuit. En le faisant on bénéficie de la prise en charge et du traitement par les ARV si l'on est séropositif.

Argumentaire

On ne peut réaliser le test du dépistage du VIH contre la volonté de quelqu'un. La personne réalise ce test de son plein gré et ne doit pas craindre que tout le monde dans son entourage et sa communauté ne soit mis au courant par la structure qui réalise ce test. L'anonymat est garanti. Enfin cela ne coûte rien de réaliser le test de dépistage puisqu'il y a partout des endroits, des structures où l'on peut le faire gratuitement.

Contenu de message

Dans un couple les deux partenaires doivent prendre la décision de réaliser et d'aller ensemble faire le test de dépistage après en avoir parlé auparavant.

Argumentaire

Dans un couple il est important de pouvoir parler de tous les problèmes ayant trait à la vie quotidienne mais aussi à la sexualité. Vivre en couple doit reposer sur la confiance. Quand on est un couple on fait des projets ensemble pour l'avenir, pour ses enfants. Pour pouvoir faire des projets il faut être responsable et en particulier vouloir vérifier son statut sérologique. Si l'on a choisi de vivre en couple, en famille, ce n'est pas pour mettre en danger son partenaire/ conjoint et sa famille donc on doit faire son test de dépistage soit pour se rassurer sur sa séronégativité soit pour pouvoir se traiter en cas de séropositivité. Aller se faire dépister ensemble est une marque de confiance et d'amour et c'est affronter la vérité à deux. Si les deux partenaires effectuent le test chacun de leur côté à des mois d'intervalles rien ne prouve que depuis le plus ancien résultat, il n'y a pas eu infection récente. En faisant le test ensemble, le même jour, les deux membres du couple sont certains de leur statut au même moment et peuvent continuer leur vie de couple sur de bonnes bases. C'est-à-dire en continuant de pratiquer la fidélité ou en utilisant de façon systématique le préservatif en cas de partenaires extraconjugales. Les couples séro- discordants, c'est-à-dire dont l'un est séropositif et l'autre séronégatif peuvent, une fois établie la vérité de leur statut, être pris en charge pour la personne infectée et adopter le port du préservatif pour que le séronégatif le reste.

Dans un couple, il est préférable, une fois que l'on en a bien discuté, d'affronter le résultat du test de dépistage ensemble plutôt que d'ignorer que l'autre vous met en danger s'il est séropositif ou de l'apprendre, trop tard, d'une autre manière. L'infection du partenaire peut avoir été acquise avant que le couple ne se constitue ou par un autre mode de transmission que les relations sexuelles, le statut séropositif d'une des membres du couple n'est donc pas forcément dû à une « faute ». On peut donc aborder le test sans trop craindre d'avoir à affronter le résultat devant son conjoint/partenaire. Les personnels de santé sont formés au counselling et pourront annoncer le résultat au couple dans les meilleures conditions.

Messages à adresser aux jeunes filles urbaines de la classe d'âge 15-24 ans

Contenu de message clé

Le test de dépistage du VIH est d'autant plus important que l'on est célibataire et que l'on a eu ou on a plusieurs partenaires simultanément ou successivement.

Argumentaire

Lorsque l'on est une jeune femme célibataire sexuellement active, on est libre et l'on fait de nombreuses rencontres avant de trouver celui avec qui on a envie de partager la vie. Quelque soit l'âge, le statut, l'apparence physique du ou des partenaires que l'on a présentement ou qu'on a eu dans le passé, on ne peut jamais savoir ce que ce partenaire a fait avant qu'on ne le connaisse ou même ce qu'il fait lorsque l'on n'est pas avec lui.

Un homme peut nous paraître sérieux et en bonne santé et être cependant porteur du VIH. Il est donc important de faire son test puis de se protéger avec le préservatif lors de tout rapport sexuel et ce même si le partenaire préfère faire l'acte sexuel sans se protéger.

Une jeune femme qui maîtrise sa vie, son travail doit absolument négocier le port du préservatif avec son partenaire. S'il refuse il vaut mieux mettre fin à cette relation car comment peut-on envisager une relation suivie avec quelqu'un qui ne se soucie nullement de préserver la santé et la vie de sa partenaire.

Une fois que l'on a fait son test de dépistage, on peut tout faire pour préserver son statut si l'on est négatif au VIH car c'est une grande chance avec laquelle il ne faut pas continuer à jouer. Si le résultat est positif on peut être pris

en charge et recevoir un traitement par les Anti Rétro Viraux. Si l'on n'a pas fait le test on va continuer à se surinfecter si l'on rencontre un nouvel homme porteur du virus HIV. On va propager la maladie autour de soi et surtout en ignorant son propre statut on ne se soignera pas et la maladie ne tardera pas à se déclarer.

Quand on est jeune et qu'on a toute la vie devant soi, lorsqu'on fait des projets pour un jour se marier, vivre en couple et faire un enfant il ne faut pas ruiner son avenir en contractant le virus du VIH simplement par ignorance ou négligence ou peur d'imposer le port du préservatif à son partenaire.

Les jeunes femmes doivent elles-mêmes avoir des préservatifs disponibles sur elles afin de pouvoir en donner un au partenaire s'il prétend ne pas en disposer.

Problème prioritaire

99 % des partenaires/conjoint des femmes enceintes ne se font pas dépister pour le VIH

Messages à adresser aux conjoints/partenaires des femmes enceintes

Contenu de message

Le partenaire/conjoint d'une femme enceinte doit se faire dépister pour éviter d'infecter sa femme et d'infecter aussi son futur enfant.

Argumentaire

La mère, si elle est séropositive, peut transmettre le VIH/SIDA à son enfant alors qu'il est encore dans son ventre. Il est donc important que le statut sérologique de l'auteur de la grossesse, celui avec qui elle continue de partager sa vie et les relations sexuelles soit connu. En effet la femme enceinte qui fréquente les structures de santé pour les consultations pré natales se voit systématiquement proposé le test de dépistage afin de la traiter aussitôt par les ARV si elle est séropositive et d'éviter ainsi que le bébé ne soit infecté pendant les mois de grossesse ou lors de l'accouchement. Mais si la mère connaît son statut et que celui-ci est négatif, il est important qu'elle s'assure que c'est également le cas de son partenaire/conjoint. Dans le cas contraire, l'homme peut non seulement l'infecter mais infecter par là même son futur enfant. A l'inverse si la femme enceinte se révèle être séropositive elle sera traitée, mais il sera vital que pour toute relation sexuelle, son partenaire porte le préservatif pour se protéger. Dans les deux cas de figure il est très important que le partenaire comme la femme enceinte fasse son test de dépistage du VIH. L'auteur de la grossesse, le père, l'homme doit être responsable par rapport à la santé et la vie de sa femme/partenaire et de son enfant à naître en connaissant son statut pour prendre les mesures appropriées s'il se révèle être séropositif. Concevoir un enfant suppose une acceptation de la responsabilité de cet acte alors faire le test du dépistage du VIH s'impose comme un devoir pour le futur père.

Contenu de message

On peut avoir une partenaire/conjointe séronégative et être soi-même séropositif ou l'inverse. Les couples séro-discordants sont nombreux. On n'a pas forcément le même statut sérologique que sa partenaire

Argumentaire

Beaucoup d'hommes dont la femme a réalisé le test de dépistage pensent qu'il n'est pas nécessaire pour eux de le faire puisqu'elle est séronégative. Ils croient que comme leur femme est séronégative ils le sont également. C'est une idée fausse. Le statut sérologique de l'un des partenaires ne garantit en rien que l'autre ait le même. Il y a des gens qui ont de meilleures défenses immunitaires et réagissent différemment en présence du virus. Il se pourrait aussi que l'homme ayant eu récemment une aventure extraconjugale ait contracté le VIH alors que sa femme enceinte a été dépistée séronégative dans les premiers mois de sa grossesse. Un homme ne peut être certain d'être séronégatif ou séropositif que lorsqu'il a lui-même effectué son test de dépistage. On n'emprunte pas le statut sérologique de quelqu'un d'autre, en particulier de sa partenaire/conjointe. La réalisation du test et la délivrance du résultat étant strictement anonymes le partenaire/conjoint d'une femme enceinte n'a pas à craindre que tout l'entourage et la famille soit au courant. Il s'agit là de l'affaire du couple. Il existe toute sorte

de dispositifs pour prendre en charge les PVVIH. L'annonce de la séropositivité n'est que le début d'un processus de prise en charge qui évitera à l'homme de développer la maladie et de ne plus pouvoir financièrement assumer ses charges par rapport à la famille et l'enfant à naître.

Problème prioritaire

73 % de la population des Hommes pratiquant le Sexe avec des Hommes, les HSH, ne se font pas dépister

Messages à adresser aux Hommes ayant des Rapports Sexuels avec des hommes

Contenu de message clé

Toute personne est libre de son choix sexuel mais certaines pratiques augmentent le risque de l'infection au VIH aussi est-il nécessaire, dans ce cas, de se faire dépister.

Argumentaire

Beaucoup d'hommes faisant le sexe avec d'autres hommes ignorent qu'ils doivent prendre des précautions pour éviter l'infection. Un sur deux pense qu'il n'a pas beaucoup de risques et d'autres pensent même qu'ils ne courent aucun risque. Pourtant les rapports sexuels anaux tout comme les rapports vaginaux sont à risque car la moindre blessure au niveau de la muqueuse est une porte d'entrée pour l'infection, aussi les spécialistes de la santé préconisent ils l'utilisation de lubrifiants à l'eau associés au port systématique du préservatif. Les hommes ayant des relations avec les hommes doivent être particulièrement vigilants et faire leur test de dépistage pour pouvoir être pris en charge au niveau du traitement par les ARV s'ils se découvrent séropositifs. Connaître son statut c'est également éviter de contaminer ceux avec qui on est en relation. Avoir une sexualité différente de celle de la majorité ne signifie pas pour autant choisir de mettre sa vie en danger.

Contenu du message clé

Quelque soit son orientation sexuelle tout individu a droit à une prise en charge s'il est séropositif. Pour avoir accès à cette prise en charge, il faut avoir réalisé son test de dépistage du VIH.

Argumentaire

Même si l'on appartient à une minorité il n'est pas bon de s'isoler et soi même de se stigmatiser par ses propres comportements. Que l'on soit hétérosexuel ou non il y a des comportements à risque qu'il faut abandonner comme le multipartenariat et les relations sexuelles sans port systématique du préservatif. Le test de dépistage permet de savoir où l'on en est et d'avoir accès au traitement. Le test est anonyme il n'y a donc pas de peur à avoir sur la confidentialité des résultats. Les Hommes pratiquant le Sexe avec les Hommes a autant de droits que les autres, il ne doit donc pas rester à l'écart des structures de santé. En cas de résultat positif au test non seulement on peut avoir accès au traitement mais l'on peut trouver auprès de groupes de soutien et de support, l'aide psychologique et sociale dont on a besoin. En refusant de pratiquer le test de dépistage les HSH risquent d'être encore plus stigmatisés socialement et rendus responsables de la propagation du SIDA.

Quelque soit l'orientation sexuelle d'un individu il y a une solution de prise en charge médicale pour lui. Les HSH ne doivent pas croire qu'ils sont plus forts que les autres face au virus du VIH ou que leur choix de vie, les condamne fatalement à prendre des risques et à mettre leur vie en danger.

DANS LE DOMAINE DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANTS DU VIH

Problème prioritaire

La faible fréquentation des structures sanitaires (les CPN pendant la grossesse, les maternités et centres de santé lors de l'accouchement, les Consultations PostNatales, les sites PTME))

Messages à adresser aux femmes enceintes et leur partenaire/conjoint

Contenu de messages clé

| Une femme enceinte doit fréquenter régulièrement la PMI et faire intégralement les **quatre** visites de contrôle pendant les neuf mois de sa grossesse, afin de surveiller si tout se déroule normalement

Argumentaire

En se rendant aux visites des Consultations Prénatales, la femme enceinte fait surveiller sa grossesse à quatre moments importants et elle peut savoir si l'enfant se développe normalement, si sa position dans le ventre est bonne à l'approche de l'accouchement et si celui-ci devrait se passer facilement ou bien s'il posera des problèmes. Dans ce cas elle pourra mieux se préparer.

Seul un personnel spécialisé, c'est-à-dire les sages-femmes voir les infirmiers formés ou les médecins, peuvent faire ce suivi de la grossesse de manière efficace. Les matrones, les accoucheuses traditionnelles ont beaucoup d'expérience mais sans matériel et sans les possibilités d'examen qui existent dans les centres de santé, elles ne peuvent réellement prévoir ou deviner si l'accouchement sera normal, et si l'embryon se développe normalement. Elles connaissent les gestes de base à faire lors d'un accouchement normal mais ne peuvent remplacer le personnel de santé pour le suivi du bon déroulement de la grossesse.

La réalisation des visites de CPN permet à la femme enceinte de contrôler sa santé, en particulier sa tension artérielle, ce qui a une grande importance pour l'accouchement. Les visites permettent aussi de dépister les grossesses à risques et de prévoir un accouchement difficile.

Par grossesses à risques on entend des grossesses qui interviennent alors que la femme est très jeune, ou trop âgées ou alors qu'elle a eu de très nombreux enfants, ou lorsqu'elle a déjà eu un enfant né par césarienne, ou lorsqu'elle est atteinte avant même sa grossesse d'une maladie comme le diabète ou l'hypertension. L'obésité de la femme est également un facteur de risque pour l'accouchement. Dans le cas où le personnel de santé s'aperçoit, lors de la visite de CPN, que l'accouchement sera difficile par exemple parce que l'enfant se présente dans une mauvaise position ou parce que la femme porte plusieurs enfants à la fois, ou lorsque son cœur est fatigué ou sa tension trop haute, la femme est avertie et on programme à l'avance son accouchement dans une structure sanitaire qui pourra lui apporter tous les soins nécessaires.

Beaucoup de femmes, surtout en milieu rural, qui ne font pas les visites pré natales et qui se trouvent loin des structures de santé perdent la vie en mettant au monde un enfant parce que l'accouchement se passe mal, que l'enfant ne parvient pas à sortir ou qu'une hémorragie survient. Pourtant en fréquentant les Consultations Pré Natales, la femme enceinte même si sa grossesse est difficile et que l'accouchement risque de poser des problèmes, peut réduire ses risques et mettre au monde son enfant sans mettre sa vie en danger. En particulier elle peut prévoir à l'avance le don de sang de ses proches ou/et amis pour le cas où elle aurait besoin d'une transfusion

Les Consultations Pré Natales peuvent sauver des vies : celles des femmes enceintes et celle de leur bébé. Même si le Centre de Santé n'est pas tout proche, ces visites sont très importantes et plus la mère est dans un village ou un campement enclavé, plus il est important qu'elle sache à l'avance si elle va pouvoir accoucher tranquillement ou si elle devra prévoir de se rendre dans une structure qui dispose de tous les moyens pour que son accouchement se passe dans les meilleures conditions.

Il ne faut pas attendre d'être à quelques semaines ou quelques jours du terme de la grossesse pour se préoccuper de la santé du bébé et des conditions de l'accouchement. Il faut faire un vrai plan de naissance en prévoyant transport et finances

En faisant les visites pré natales la femme enceinte trouve de nombreux avantages :

- Sa grossesse est bien suivie et contrôlée ;
- On lui donne de bons conseils pour que sa grossesse et son accouchement se passent le mieux possible
- On lui donne des suppléments de fer pour que son sang soit fort et bien rouge et pour qu'elle ne soit pas faible quand son bébé grandit dans son ventre et au moment de l'accouchement
- Elle est vaccinée contre le tétanos qui est une maladie dont elle peut mourir ainsi que son enfant ;
- On peut lui donner une moustiquaire imprégnée de produits insecticides qui éloignent les moustiques

afin qu'elle et ses enfants ne soient pas victimes du paludisme

- On peut dépister le VIH/SIDA dans son sang et lui donner accès par la PTME aux antirétroviraux si elle est séropositive.

Si elle ne se rend pas à ces Consultations Pré Natales ou CPN la femme enceinte rate toutes ces occasions d'avoir des garanties pour sa santé et celle de l'enfant qu'elle porte.

Problème prioritaire

59 % des femmes accouchent dans une structure sanitaire et 41 % accouchent à domicile.

Contenu de message clé

L'accouchement est un acte naturel qui se passe bien la plupart du temps. Mais il est toujours préférable qu'il se déroule dans une structure sanitaire. L'accouchement dans une structure sanitaire permet de détecter les complications éventuelles et de les prendre en charge aussitôt.

Argumentaire

L'accouchement nécessite, même lorsque tout doit se dérouler normalement, l'assistance d'une personne formée qui peut effectuer les gestes nécessaires, en toute sécurité, c'est-à-dire en respectant les règles de base de l'asepsie.

Si les visites aux Consultations Pré Natales ont été faites et que le bébé se présente en bonne position, que la mère n'a pas de problèmes de santé particuliers existants avant la grossesse, alors l'accouchement doit se passer normalement et naturellement mais il est toujours plus sûr de le faire dans une structure de santé. Si celle-ci se trouve trop loin l'accouchement doit se faire avec l'assistance d'une personne formée (infirmière, sage-femme, matrone) qui respecte un certain nombre de règles d'hygiène comme utiliser une lame neuve pour couper le cordon ombilical, se désinfecter les mains avant d'intervenir, placer la femme sur une natte ou un plastique propre, préparer de l'eau bouillie et des linges propres, effectuer les gestes sur le bébé pour dégager ses voies respiratoires, nettoyer ses yeux etc... Mais dès qu'un problème apparaît il faut aussitôt emmener, sans attendre la parturiente dans une structure de santé. Pour cela il faut pendant la grossesse avoir fait un plan de naissance pour avoir la disponibilité d'un moyen de transport et de l'argent pour les soins.

Si la femme a fait ses visites prénatales et que le personnel de santé a détecté des problèmes sur le bébé, sur sa position ou sur la santé de la mère, il est indispensable qu'elle prenne ses dispositions pour aller accoucher dans une structure qui pourra la prendre en charge pour que l'accouchement ne la mette pas en danger ainsi que son bébé.

Si la femme n'a fait aucune des visites prénatales il est également nécessaire qu'elle aille accoucher dans une structure de santé puisqu'elle ne sait pas comment son bébé se présente et si son état général de santé est bon. Cela lui permettra de mettre son enfant au monde sans danger.

Accoucher dans une structure sanitaire, avec du personnel formé, c'est réduire les risques liés à l'accouchement. Ce n'est pas parce que nos mères et nos grands-mères accouchaient à la maison seules ou avec juste l'aide de l'accoucheuse traditionnelle, que les mères d'aujourd'hui doivent continuer de risquer leur vie. Vouloir donner la vie à autrui ce n'est pas risquer de perdre la sienne surtout alors que cela peut être évité. Une grossesse peut s'être apparemment bien passée et l'accouchement peut se dérouler mal, si l'enfant, au dernier moment, ne se présente pas bien et que la matrone ne sait pas quel geste faire.

Problème prioritaire

30 % des mères séropositives ne reviennent pas dans les 48 heures après l'accouchement et 23 % ne reviennent pas aux CPoN dans les 41 jours ayant suivi l'accouchement.

Contenu de message clé

La mère nouvellement accouchée qui a été dépistée séropositive doit encore plus qu'une autre nouvelle mère, fréquenter les consultations post natales pour être suivie et obtenir le traitement par les ARV

Argumentaire

La nouvelle mère qui a été dépistée positive au HIV doit continuer son traitement et être correctement suivie elle et son bébé si elle ne veut pas développer les maladies opportunistes et mettre en danger sa propre vie et celle de son enfant. Avec les traitements qui existent aujourd'hui le bébé d'une mère séropositive peut voir le jour et rester sans être infecté par le virus porté par sa mère. L'enfant n'a pas demandé à venir au monde et encore moins à risquer d'être infecté par sa propre mère, aussi celle-ci a-t-elle la responsabilité et le devoir d'épargner le risque à son enfant.

L'amour de son enfant doit passer au - dessus de la crainte d'être rejetée par sa famille ou sa belle - famille. La plupart du temps la femme n'est pas responsable de sa contamination elle ne doit donc pas s'en sentir systématiquement coupable. Les prestataires de santé sont tenus au secret médical et, normalement, la mère séropositive doit pouvoir recevoir le traitement sans que sa famille ne soit informée si elle ne le souhaite pas. Toutefois la mère séropositive doit communiquer avec son mari sur son état et l'encourager à se faire dépister et à utiliser le préservatif lors des rapports sexuels avec elle et avec d'éventuelles autres partenaires.

Problème prioritaire

La faible qualité des soins donnés aux nourrissons

(Les mauvaises pratiques d'allaitement : mise au sein plusieurs jours après l'accouchement et délivrance d'eau sucrée, autres liquides et solides dès les premiers jours)

Messages à adresser aux femmes

Contenu de message clé

Des soins essentiels doivent être donnés aux nouveaux nés par un personnel qualifié (soin au cordon, mise au sein précoce, allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois) surtout si sa mère est séropositive.

Argumentaire

Les soins apportés au nourrisson par le personnel sanitaire juste après l'accouchement doivent empêcher toute transmission du VIH dont la mère est porteuse lorsqu'elle est séropositive. Ces soins qui sont donnés à tous les bébés sont particulièrement importants lorsque la mère est séropositive.

Contenu de message clé

Le bébé doit être mis au sein immédiatement après la naissance parce que le lait de sa mère le protège dès la naissance. La maman séropositive qui est sous traitement doit allaiter son nourrisson dès la naissance.

Argumentaire

Le colostrum c'est l'amulette ou le gris-gris ou le talisman de protection que Dieu a donné à la maman pour que son enfant soit protégé contre tout ce qui peut lui arriver de mauvais.

Il contient des éléments forts qui luttent contre les maladies du nourrisson.

Le lait maternel des premiers jours c'est le vaccin le plus puissant contre les maladies des jeunes enfants. Il est encore plus fort que le lait normal que la mère va donner par la suite à son enfant parce que lorsque l'enfant naît il doit affronter le monde extérieur et ses menaces et être armé pour cela.

Dieu a donné à la femme le lait pour nourrir son enfant, il ne l'a pas créé pour qu'il soit mauvais pour son enfant, puisque tout ce qu'il crée a sa justification.

Jamais l'eau sucrée ou/et bénie par le marabout ne peut remplacer le lait des premiers jours parce qu'il a été créé par Dieu, avec l'enfant, pour l'accompagner et le protéger.

L'enfant qui vient au monde a passé neuf mois dans le milieu protégé du ventre de sa mère, lorsqu'il sort c'est difficile pour lui, l'allaitement immédiat le rassure et lui permet de prendre normalement du poids.

Une mère qui a été dépistée comme séropositive au VIH, dès lorsqu'elle a reçu un traitement par les ARV doit allaiter son enfant jusqu'à six mois.

Contenu de message clé

Le lait maternel suffit à satisfaire tous les besoins de l'enfant jusqu'à 6 mois. Il n'est pas nécessaire et il est même néfaste, de lui donner autre chose à consommer que ce lait avant 6 mois d'âge. La mère séropositive qui est sous traitement ARV a un lait qui ne peut contaminer son enfant mais qui lui apporte les nutriments dont il a besoin.

Argumentaire

Le lait maternel renferme tout ce qui est nécessaire pour que l'enfant grandisse normalement, c'est pour cela que ce lait a été créé. Que la mère soit riche ou pauvre, le lait lui a été donné pour qu'elle puisse seule subvenir aux besoins de son enfant pendant plusieurs mois.

Le lait maternel protège l'enfant des maladies car il contient des éléments qui luttent contre toute maladie qui se présente. Le lait maternel n'est pas étranger à l'enfant, il a été créé en même temps que lui et pour lui. Il contient des quantités de vitamines qui suffisent aux besoins de l'enfant pour les premiers mois de sa vie.

Avant 6 mois, l'estomac du bébé n'est prévu que pour digérer le lait de sa mère, il n'est pas préparé à recevoir d'autres aliments et liquides. Ces derniers provoquent alors des diarrhées et celles-ci sont ce qu'il y a le plus à craindre pour le jeune enfant.

Problème prioritaire

Le faible soutien des hommes à leur femme pour la fréquentation des structures de santé et la pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.

Contenus de messages à adresser aux hommes

Contenu de message clé

Il est du devoir du chef de famille d'épauler et d'appuyer son épouse pour qu'elle mette en œuvre les comportements les plus favorables à sa santé et à celle de ses enfants.

Argumentaire

L'homme est le premier responsable du bien être des siens, il doit donc s'intéresser à tout ce qui peut influencer sur ce bien être.

L'allaitement maternel est pratiqué et ses bienfaits reconnus depuis des siècles. Le lait maternel suffit totalement à l'enfant et l'homme doit donc éduquer sa femme pour qu'elle ne donne rien d'autre que le lait à son enfant. Le lait maternel est disponible, il est gratuit et n'entraîne donc aucune dépense supplémentaire pour le foyer.

L'homme a souvent eu la chance de fréquenter davantage l'école que les femmes, il suit plus souvent les émissions de la radio et de la télévision, côtoient davantage de personnes lors de ses sorties et dans son activité professionnelle, il a donc souvent plus d'informations que son épouse, il est donc mieux placé pour faire appliquer dans son foyer ce que les agents de santé conseillent pour la santé de la mère et de l'enfant.

L'enfant qui naît dans la famille est autant la richesse du père que de la mère, les deux doivent donc s'entendre pour adopter les meilleures pratiques de soins et d'éducation à leurs enfants afin de leur donner toutes les chances de grandir dans les meilleures conditions et de devenir des adultes sains, capables de s'épanouir et de participer au bien être de la famille et au développement de leur pays.

Les hommes qui encouragent et donnent à leur épouse tous les moyens pour fréquenter les consultations Pré Natales lorsqu'elles sont enceintes, pour aller accoucher dans les maternités et pour se faire suivre ainsi que leur enfant après l'accouchement, d'une part sont des chefs de ménage responsables et respectueux de leur famille mais d'autre part ils s'évitent les nombreux frais qu'occasionnent des maladies qui peuvent être prévenues par des visites régulières dans les structures créées pour cela.

Fréquenter les structures de santé, écouter les conseils des agents de santé communautaire, de façon préventive, évitent des situations douloureuses de maladie ou de décès de la maman ou de son enfant.

L'homme peut conseiller à sa femme leur utilisation. Il aura moins de soucis financiers et sa famille se portera mieux. L'homme doit jouer un rôle éclairé dans la famille. Il doit montrer qu'il se tient au courant et qu'il est préoccupé du bien être de sa famille.

Messages à adresser aux grands-mères, belles mères et toutes parentes âgées de la famille

Contenu de message clé

Dans la tradition il y a de bonnes pratiques, favorables à la santé, et il y en a d'autres qui sont négatives pour la santé et qu'il vaut mieux abandonner ou modifier

Argumentaire

Dans la famille les grands-mères, les belles mères et autres femmes âgées ont beaucoup d'importance. Comme elles ont l'expérience, ce sont elles que l'on écoute et c'est normal. Les jeunes filles et jeunes femmes qui ne connaissent pas la vie ont besoin des conseils et de l'assistance des femmes plus âgées.

Les grands-mères, les belles mères ont une grande part de responsabilité parce que les maris comptent sur elles pour venir en aide aux jeunes mères. Du fait de cette responsabilité, les femmes un peu âgées de la famille doivent réellement donner de bons conseils. Dans ce qu'elles ont l'habitude de faire et qu'elles ont hérité de leur propre mère, il y a des bonnes choses mais il y en a d'autres qui ne sont pas favorables à la santé des jeunes mères et de leurs enfants. On le sait maintenant grâce au progrès médical. On ne pouvait pas le savoir autrefois. Par exemple, autrefois, on a toujours su que l'allaitement maternel était une bonne chose et il a toujours été encouragé. Cela, c'était une bonne pratique mais aussi on donnait des liquides et des bouts d'aliments bénis en même temps que le lait maternel et très tôt après la naissance, or cela, on sait maintenant que ce n'est pas bon pour le nourrisson parce que cela peut lui provoquer des diarrhées et autres maladies. On peut toujours faire porter un talisman de protection à l'enfant, si l'on veut, mais sans qu'on lui donne l'eau dans laquelle il a trempé. Quand les chercheurs ont étudié et analysé le lait maternel, ils ont vu qu'il contient toute l'eau nécessaire pour assouvir la soif de l'enfant et qu'il renferme aussi tout ce qui doit nourrir l'enfant jusqu'à 6 mois. Alors il n'est pas nécessaire d'ajouter au lait maternel autre chose jusqu'à 6 mois.

Autrefois, les femmes n'avaient pas les mêmes connaissances qu'aujourd'hui, par exemple on ne savait pas que c'est mauvais pour la santé du bébé de lui donner des aliments avant 6 mois. Dans les temps passés, beaucoup d'enfants qui naissaient mourraient avant d'atteindre 2 ou 3 ans parce qu'il n'y avait pas de vaccin contre les maladies et parce que les mères et les enfants n'étaient pas bien suivis par les médecins.

Les parentes âgées doivent donc promouvoir les traditions qui sont bonnes comme l'allaitement maternel que les femmes africaines ont toujours pratiqué mais elles doivent encourager l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois dont les scientifiques et les médecins ont montré qu'il est très positif pour le nourrisson.

Contenu de message clé

Il faut encourager les jeunes femmes, les jeunes mères à fréquenter les structures de santé pour les CPN, l'accouchement et les CPON afin qu'elles puissent être dépistées pour le VIH et prises en charge avec un traitement qui évitera la transmission du VIH au bébé si elles sont séropositives.

Argumentaire

Il y a de nombreuses années, il n'y avait pas, comme maintenant, autant de structures de santé et surtout pas autant de sites où l'on peut prévenir la transmission du VIH de la mère à son enfant à naître. Alors pour que l'enfant survive aux risques des maladies, on développait de nombreuses pratiques surnaturelles pour protéger le nourrisson.

Maintenant, partout il existe de ces programmes et structures de prise en charge

Les grands-mères, les belles mères doivent maintenant connaître tout cela pour que leurs conseils soient meilleurs pour les enfants. Si les grands-mères ne s'informent pas, elles vont continuer de donner des conseils qui ne vont plus avec le temps d'aujourd'hui et elles seront moins écoutées. On risque de dire qu'elles sont dépassées et qu'elles sont de mauvaises conseillères. Elles se trouveront alors isolées et laissées de côté. Personne n'aime cela.

Quand dans une famille on a la responsabilité d'éduquer et de conseiller les plus jeunes, il faut tenir compte des nouvelles connaissances, c'est un devoir parce que les temps changent et qu'aujourd'hui la science nous apprend tous les jours des choses nouvelles pour nous porter mieux.

L'expérience des femmes d'avant est précieuse. Elles savent par exemple que les femmes qui allaitent de façon exclusive leur enfant évitent qu'une nouvelle grossesse n'arrive trop vite. Par contre les femmes âgées étaient habituées à accoucher à la maison avec les matrones ou les femmes de la famille. Beaucoup trop de femmes mourraient en donnant la vie ou perdaient leur bébé. Cela elles doivent désormais le déconseiller fortement aux jeunes femmes enceintes.

Maintenant, si on peut éviter les maladies comme le VIH/SIDA, c'est que l'on intervient avant même qu'elles n'apparaissent. La nouveauté c'est que l'on n'attend plus d'être malade ni d'avoir un problème pour faire quelque chose. On suit la santé des femmes et des enfants régulièrement et comme cela, dès que l'on sait que la femme enceinte porte le VIH, le personnel de santé agit pour éviter que le bébé ne soit contaminé.

Quand on ne savait pas tout cela, on essayait de s'en sortir avec les moyens qu'on avait c'est-à-dire les plantes, le marabout. Maintenant on sait avec précision ce que l'on doit faire, alors on ne peut plus continuer à faire exactement comme avant. On doit garder d'autrefois ce qui était bon et modifier ce qui n'était pas bon ou pas assez efficace.

Le rôle des anciens est de conseiller les nouvelles générations mais pour bien jouer ce rôle il faut tenir compte de l'évolution des connaissances.

Un leader apprécié est celui qui fait le bien de sa communauté. Une grand-mère, une tante appréciées et respectées sont celles qui transmettent ce qu'il y a de bon dans leur propre expérience et ce qu'elles ont appris sur les nouvelles connaissances.

Souvent les jeunes mamans sont totalement inexpérimentées et elles ne connaissent pas non plus toutes les informations disponibles maintenant pour garder leur bonne santé ainsi que celle de leur enfant. Les femmes plus âgées de la famille, même si elles n'ont pas fait l'école ont de l'expérience, elles comprennent ainsi mieux les améliorations des nouvelles pratiques et elles ont du temps pour s'informer. Elles doivent donc aider leurs filles et leurs belles filles et se mettre au service de la communauté et des programmes qui visent à dépister et à prendre en charge une maladie comme le VIH/SIDA. Elles en tireront beaucoup de fierté et de reconnaissance de la part de leur famille.

Dans le domaine de la prise en charge des ARV

Message à adresser aux prestataires de santé

Contenu de message clé

Le rôle de l'agent de santé est d'offrir un bon accueil et la meilleure qualité possible de soins à toute personne qui vient fréquenter son service.

Contenu de message clé

Le devoir et l'intérêt personnel du prestataire de santé lui imposent de se former, de se recycler en permanence sur les dernières pratiques de prise en charge, les derniers concepts de l'accueil et des soins aux PVVIH afin d'améliorer son efficacité et sa performance et donc ses perspectives de carrière.

DANS LE DOMAINE DU MULTIPARTENARIAT SEXUEL ET L'UTILISATION DU PRESERVATIF

Problème prioritaire

Le manque de prise de conscience des risques encourus suite à la pratique du multi-partenariat sexuel sans utilisation systématique du préservatif

Messages à adresser aux hommes

Contenu de message clé

En multipliant les partenaires sexuelles on multiplie inévitablement le risque de contracter une IST ou/et le VIH/SIDA

Argumentaire

C'est mathématique, quand on a plusieurs partenaires, soit en même temps soit successivement, on augmente d'autant le risque de contracter une IST et le VIH. En effet on ne peut contrôler ce que la partenaire a fait auparavant. Une partenaire peut être elle-même sérieuse, mais avoir eu un partenaire qui se livrait au multi-partenariat sans se protéger. Si l'on n'a qu'une seule partenaire et qu'on lui est fidèle on minimise les risques d'infection.

Si vraiment on ne peut être fidèle et/ou se limiter à une seule partenaire il est impératif de protéger tout rapport sexuel avec le port du préservatif.

On dit souvent que quantité n'est pas qualité. On n'est pas plus heureux, on n'est pas plus admiré, on n'est pas plus fort par rapport aux autres en ayant beaucoup de partenaires.

Si l'on multiplie les partenaires uniquement parce que l'on croit que l'on sera socialement valorisé, on se trompe. Désormais un homme fidèle à sa partenaire et qui prend bien soin d'elle, est plus apprécié qu'un homme volage qui, au bout du compte est souvent délaissé par ses conquêtes. De plus en plus, les femmes rejettent les « jolis cœurs » qui papillonnent d'une femme à l'autre. La virilité d'un homme n'est pas démontrée par l'accumulation des conquêtes mais par sa capacité à rendre sa femme heureuse.

Contenu de message clé

Aucun homme n'est plus fort que le virus du VIH/SIDA. Vouloir jouer au plus fort avec le virus c'est perdre systématiquement et risquer sa vie.

Argumentaire

Même si l'on est physiquement résistant et en pleine forme, sportif, même si l'on est à l'aise financièrement dans la vie, même si l'on pense avoir toujours le contrôle de sa vie et être toujours un gagnant, on ne peut rien face au virus du VIH si l'on ne se protège pas en utilisant systématiquement le préservatif. Il y a des choses plus fortes que soi et contre lesquelles il vaut mieux ne jamais jouer. La vie est une chose précieuse que l'on doit respecter. On ne peut jouer avec elle comme au casino en croyant que le virus nous épargnera.

Contenu de message clé

Pour un moment de plaisir, si l'on oublie de se protéger, on met sa vie en danger.

Argumentaire

Beaucoup d'hommes qui fréquentent régulièrement les lieux nocturnes, qui boivent beaucoup et qui rencontrent intimement de nombreuses jeunes femmes, perdent le contrôle de leur comportement à un moment donné et oublient de se protéger lorsqu'ils s'adonnent à l'acte sexuel. Pour quelques instants de plaisir, dont souvent ils n'ont plus la mémoire le lendemain, ils mettent leur vie en danger.

Aucune minute de plaisir ne peut rivaliser avec la maladie et la perte de la vie. Le lendemain, il est trop tard pour regretter d'avoir été négligent. Il suffit d'un seul rapport non protégé, même avec une femme que l'on croit « saine », pour risquer l'infection à VIH. La vie n'est pas une loterie où l'on parie sur la chance. La vie est quelque chose de précieux qu'il faut protéger.

Messages à adresser aux jeunes filles et jeunes femmes célibataires surtout urbaines

Contenu de message clé

Le multi-partenariat, les rapports sexuels transactionnels c'est-à-dire contre une faveur (argent, cadeau, promotion...), l'entretien par un « boss » ou « Vieux père » font courir aux jeunes femmes qui les pratiquent des risques importants de contracter l'infection à VIH

Argumentaire

Avec les difficultés dues à la crise économique que le pays a traversée, certaines jeunes filles et jeunes femmes

sont tentées d'avoir plusieurs partenaires qui les aident dans leur vie quotidienne. Souvent elles ont un petit ami pour qui elles éprouvent des sentiments et un ou des partenaires plus âgés qui leur font des cadeaux, les aident à se loger etc... En multipliant ainsi les partenaires sexuelles, elles se mettent gravement en danger si elles ne parviennent pas à leur imposer systématiquement le port du préservatif. Avoir pour partenaire un homme aisé d'un certain âge n'est pas une garantie de sécurité car souvent ce « soutien » cherche à se prouver qu'il est toujours jeune et il accumule les conquêtes avec le risque accru d'être porteur du VIH. Comme les hommes aisés et relativement âgés n'appartiennent pas à une génération décimée par le VIH, ils n'ont pas l'habitude de l'utilisation du préservatif et le rejettent même pour « goûter au bonbon sans le papier ».

Leur comportement à risques met directement en danger les jeunes filles et jeunes femmes qu'ils fréquentent et assistent financièrement. Ces dernières, en outre, n'utilisent généralement pas le préservatif avec leur petit ami au prétexte justement de leurs sentiments pour lui. Or ce petit ami lui-même souvent n'est pas fidèle. Les risques d'infection sont alors multipliés.

Les jeunes filles et les jeunes femmes doivent faire passer leur santé et leur vie avant leur désir de posséder les derniers gadgets à la mode que leurs relations multiples leur permettent de posséder. A quoi leur servira d'avoir le dernier portable, le dernier sac siglé si tout le monde les rejette parce qu'elles sont devenues séropositives ? Elles doivent prendre conscience que leur comportement leur fait courir de grands risques d'infection et qu'une fois atteintes, ceux qui les courtoisaient jusque-là s'écarteront et les abandonneront à leur sort.

Quand on est jeune et qu'on a toute la vie devant soi, lorsqu'on fait des projets pour un jour se marier, vivre en couple et faire un enfant il ne faut pas ruiner son avenir en contractant le virus du VIH simplement par ignorance ou négligence ou peur d'imposer le port du préservatif à son partenaire.

Les jeunes femmes doivent elles-mêmes avoir des préservatifs disponibles sur elles afin de pouvoir en donner un au partenaire s'il prétend ne pas en disposer.

DANS LE DOMAINE DE LA STIGMATISATION

Problème prioritaire

Le manque de tolérance et l'attitude stigmatisante à l'égard des PVVIH de la part de la population et des prestataires de santé

Messages à adresser à la population en général

Contenu de message clé

Le VIH/SIDA ne se contracte qu'au travers des rapports sexuels non protégés, lors d'une transfusion d'un sang contaminé, d'une mère séropositive à son bébé ou lorsque l'on utilise des objets piquants ou coupants qu'une personne porteuse du VIH a employés.

Argumentaire

Lorsque l'on connaît parfaitement les modes de transmission du VIH/SIDA et que l'on s'en protège on n'a aucune raison de craindre le virus. La fréquentation des Personnes Vivant avec le VIH n'offre aucun risque si l'on ne se met pas dans un des cas de transmission évoqués plus haut. Dès lors il ne faut absolument pas avoir peur de côtoyer des PVVIH.

Contenu de message clé

Les PVVIH, les HSH ont des droits et il n'y a aucune raison objective à les mettre à l'écart, à les stigmatiser et encore moins à les discriminer en fonction de leur statut de séropositifs.

Argumentaire

Nul est à l'abri des maladies en général et du VIH/SIDA en particulier. Il ne faut pas faire subir aux autres ce que l'on n'aimerait pas qu'il nous fasse subir.

La plupart des PVVIH sont victimes de la négligence, de l'irresponsabilité de ceux qui ne se protégeant pas et ne faisant pas leur test de dépistage, propagent le virus tout azimut. Il n'y a donc pas lieu de leur faire supporter une quelconque mise à l'écart alors qu'ils souffrent déjà. Etre porteur du virus est déjà suffisamment stressant pour ne pas y ajouter encore la stigmatisation et la discrimination.

Contenu de message clé

Les Personnes vivant avec le VIH sont en situation de souffrance, ils ont besoin de l'appui psychologique et affectif de leurs proches et de leur entourage.

Argumentaire

Le SIDA est une maladie comme les autres. Quand le porteur sain du virus tombe malade il est en fait victime des différentes maladies qui profitent, pour s'installer dans l'organisme, que ses défenses immunitaires sont très faibles. Quand quelqu'un est malade dans notre famille ou parmi nos amis on lui apporte notre affection et notre soutien pour qu'il se rétablisse et triomphe de la maladie. On sait qu'à côté des médicaments, le soutien de l'entourage est très important pour résister à la maladie. Les PVVIH comme ils n'ont pas la perspective de guérir totalement ont encore plus besoin que les autres malades du soutien de leurs parents, de leurs collègues, de leurs voisins et amis.

Pour ceux qui sont croyants, la religion nous apprend qu'il faut aimer et aider son prochain. Apporter son soutien aux PVVIH c'est mettre en pratique ce que la religion nous conseille.

Messages à adresser aux parentes des mères séropositives

Contenu de message clé

Les personnes séropositives, les PVVIH ne doivent pas être mises à l'écart, rejetées et stigmatisées mais soutenues pour qu'elles observent bien le traitement qui leur est prescrit

Argumentaire

Plus on avance en âge et plus l'on devient sage et tolérant. Les parentes âgées c'est-à-dire les belles-mères, les grands-mères, les « tanties » sont les gardiennes des valeurs sociales comme la solidarité, l'harmonie familiale, l'entraide. Ce sont elles qui souvent règlent les conflits au sein de la famille. Elles sont respectées et écoutées. Elles doivent donc tout faire pour éviter que les membres de leur famille aient des attitudes de rejet face aux personnes séropositives et aux PVVIH. La fréquentation de ces personnes ne représentent pas un danger pour peu qu'on n'utilise pas certains objets qui leur sont personnels comme des rasoirs, des ciseaux ou des brosses à dents. Manger, se promener, discuter une personne séropositive est totalement sans danger. Si sa bru, ou une quelconque jeune femme de la famille est dépistée séropositive lors de sa grossesse, le devoir de la parente âgée est de l'épauler pour qu'elle suive les consultations des services de PTME et prennent les médicaments qui éviteront que son enfant à naître ne soit infecté.

Rejeter cette femme enceinte séropositive risque de provoquer son découragement et son désespoir. Elle ne respectera pas son traitement et risquera de mettre au monde un enfant séropositif. Aucune belle-mère ou grand-mère ne peut souhaiter cela. La femme de son fils est une mère de famille qui doit continuer de vivre pour prendre soin de sa famille. Le rôle des parentes âgées doit être de tout faire pour supporter la personne séropositive aussi bien dans la famille que dans la communauté, comme elles soutiennent toute personne victime d'une autre maladie. Leur sagesse et leur tolérance les fera respecter encore davantage.

Message à adresser aux prestataires de santé

Contenu de message clé

Le rôle de l'agent de santé est d'offrir un bon accueil et la meilleure qualité de soin possible à toute personne qui vient fréquenter son service. L'éthique médicale lui impose de ne pratiquer aucune stigmatisation, ni aucune discrimination à l'égard de qui que ce soit.

Argumentaire

Le prestataire de santé n'a pas choisi son métier au hasard. C'est l'envie d'aider son prochain et de soulager sa

souffrance et la maladie qui a guidé son choix de profession. A partir de là, le comportement du prestataire de santé doit être conforme aux valeurs médicales de la profession qu'il exerce. Il doit être irréprochable et offrir le meilleur de lui-même pour l'accueil des personnes qui viennent fréquenter son service.

Le prestataire de santé est bien informé sur les différentes maladies et en particulier sur les modes de transmission du VIH/SIDA. Il doit être le premier à montrer l'exemple c'est-à-dire à ne pas craindre de recevoir ceux qui sont atteints tout autant que ceux qui ne partagent pas forcément les mêmes valeurs, les mêmes orientations et pratiques sexuelles que lui ou elle. Il sait qu'en respectant certaines règles il ne risque aucune contamination.

Le prestataire de santé n'a pas à juger ses patients et patientes. Il est neutre et doit apporter son aide à tous et toutes et leur donner toutes les informations pour qu'ils adoptent des comportements sans risques. La reconnaissance et la confiance que les patients et patientes lui témoignent s'il les reçoit avec humanisme, convivialité et efficacité sont sa meilleure récompense. En faisant son travail avec professionnalisme et conviction, l'agent de santé, reçoit l'estime de sa communauté et occupe une place de choix dans sa société.

Le prestataire de santé est celui qui a le moins le droit d'avoir des attitudes d'intolérance parce qu'il est celui qui dispose le mieux de l'information. Or l'intolérance vient le plus souvent de la peur et de l'ignorance. Si le prestataire de santé se comporte comme n'importe quelle personne qui met à l'écart les PVVIH par peur de l'infection par ignorance, il ne s'honore pas et montre des limites qui sont incompatibles avec son travail.

Messages à adresser au conjoint et à la famille et belle - famille des mères séropositives

Contenu de message clé

Les parentes âgées des mères séropositives doivent soutenir des dernières au lieu de les rejeter et les encourager à fréquenter les consultations régulièrement et à observer leur traitement.

Argumentaire

Les parentes âgées des mères séropositives ont un rôle de premier plan à jouer auprès de leurs filles, belles-filles, nièces nouvellement accouchées et porteuse du VIH/SIDA. Ce sont déjà elles, en général, qui sont consultées pour appuyer les jeunes et nouvelles mères mais dans le cas où ces dernières ont été dépistées comme séropositives pendant leur grossesse, leur rôle est encore davantage primordial.

Tout d'abord elles ne doivent pas rejeter la mère séropositive qui déjà est affectée par son statut, qui s'est battue pour ne pas que son enfant soit infecté et pour rester elle-même en bonne santé. En effet les parentes âgées doivent savoir et admettre que la jeune mère n'est pas forcément responsable de sa contamination. Leur propre fils, ou gendre peut être à l'origine de la situation s'il n'a pas opté pour la fidélité conjugale. Cela doit les amener à une attitude de tolérance et de soutien car le principal objectif c'est que l'enfant né séronégatif le reste.

Les parentes âgées doivent encourager la jeune mère à observer son traitement par les ARV, à fréquenter régulièrement la structure de santé et à allaiter son enfant pendant les 6 premiers mois sans rien donner d'autre à son enfant que son lait. A partir du moment où la mère séropositive a été prise en charge et traitée par les Anti Rétro Viraux dès sa grossesse, elle peut et doit allaiter son enfant au moins jusqu'à l'âge de six mois, tout en continuant son traitement. Pour qu'elle observe bien son traitement le soutien affectif de sa mère, sa belle mère, ses tantes est primordial.

Si la mère séropositive est mise à l'écart, isolée, elle se décourage et en abandonnant l'observance stricte de son traitement elle risque de développer la maladie. Elle ne se rend pas dans les structures de santé pour ne pas être encore plus stigmatisée et le résultat est qu'elle met sa vie en danger et risque ainsi d'abandonner sa famille et ses autres enfants. Les parentes âgées doivent donc, ayant compris le danger d'une attitude d'intolérance, apporter leur aide à la mère séropositive afin que cette dernière puisse se maintenir et continuer d'assurer son rôle de mère de famille.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie générale :

1. Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, Stratégie Nationale de Communication pour le Changement de Comportement face au VIH/sida, 2005- 2008, République de Côte d'Ivoire, 112 p.

2. Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA, Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA 2006- 2010, République de Côte d'Ivoire, juin 2006, 149 p.
3. Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, Plan Stratégique National de lutte contre le Sida, 2011 – 2015, République de Côte d'Ivoire,
 4. Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, Enquête sur les indicateurs du Sida, 2005, 263 p.
5. Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, Enquête démographiques et de santé et à indicateurs multiples, 2011 – 2012, pp. 242 -256
6. Ministère de la Santé et la lutte contre le Sida, Agenda National des Priorités Politiques de Réponse au VIH/sida en Côte d'Ivoire pour la période 2009- 2013, janvier 2009, 72 p.
7. USAID / CCP, Revue de la littérature sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire et la communication Sociale pour le Changement de Comportement, 2014, 41 p.
8. USAID/ PEPFAR/ CCP, Analyse situationnelle des activités de CCC dans le domaine du VIH/sida en Côte d'Ivoire (2008 2013), juin 2014, 62 p.

Bibliographie thématique :

Etude 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

1. Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, UNFPA, Comportements, Attitudes et Pratiques des Professionnelles du Sexe vis- à - vis des IST/VIH/sida dans 8 départements les plus affectées par la crise en Côte d'Ivoire, 2007, 129 p.
2. Ministère de la lutte contre le SIDA, UNFPA, Analyse situationnelle des interventions en IST/VIH/sida auprès des Professionnelles du sexe en Côte d'Ivoire, mai – juin 2008, 84 p.
3. Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA, PLS- PHV, PUMLS, Banque Mondiale, Analyse de la situation de l'offre de services de prévention et de la prise en charge des IST/VIH/sida dans la région des Lagunes, janvier 2010, 180 p.
4. Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA, PLS-PHVPUMLS, ENSEA, Analyse des Connaissances , Attitudes et des Pratiques des Professionnelles du Sexe dans dix – huit ville de Côte d'Ivoire , avril 2012, 211 p.
5. Ministère de la lutte contre le Sida, Paquet Minimum d'activités des structures de prévention et de prise en charge des IST/VIH/sida en direction des Professionnelles du sexe, 2007, 61 p.
6. Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, PLS-PHV, Manuel de référence pour la formation des agents communautaires, prévention des IST/VIH/sida chez les Professionnels du sexe, 2010, 133 p.

Publications :

1. Vuylsteke. B, Ghys P.D, Mah-Bi, G, Where do sex workers go for health care A community based study in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1997, pp 351- 352
2. Vuylsteke B.Semdé G. Sika L, HIV and STI prevalence among female sex workers in Côte d'Ivoire: why targeted prevention programs should be continued and strengthened, 2012,