

Évaluer les interventions de prévention
des IST et du VIH auprès des
homosexuels masculins au Sénégal
(projet ANRS 12139)
Rapport Scientifique

Groupe ELIHoS

Centre Population et Développement

UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD

<http://www.cephed.org/wp>

Groupe ELIHoS

Division SIDA/IST, Dakar : Abdou Diop, Oulimata Diop, Khady Gueye, Abdoulaye S Wade.

IRD, CEPED, Paris : Annabel Desgrées du Loû, Catherine Enel, Joseph Larmarange.

Laboratoire de Virologie, CHU Le Dantec, Dakar : Souleymane Mboup, Pape Niang Diallo, Ndeye C Toure Kane.

Université Cheikh Anta Diop, Dakar : Sidy Ba, Amsata Sene.

IRD, US 009, Dakar : Adama Marra.

Contact • Corresponding Author

Joseph Larmarange, Démographe, IRD

CEPED – UMR 196 Université Paris Descartes, INED, IRD

joseph.larmarange@ceped.org

Citation recommandée • Recommended citation

Groupe ELIHoS, « Évaluer les interventions de prévention des IST et du VIH auprès des homosexuels masculins au Sénégal (projet ANRS 12139) Rapport Scientifique », *Working Paper du CEPED*, numéro 06, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD, Paris, Janvier 2010. Available at <http://www.ceped.org/wp>

CEPED • Centre Population et Développement

UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD

45, rue des Saints-Pères, 75006 PARIS • 221, boulevard Davout, 75020 PARIS

Pour toute correspondance, s'adresser au CEPED, 221 boulevard Davout, 75020 PARIS

<http://www.ceped.org/> • contact@ceped.org

Les Working Papers du CEPED constituent des **documents de travail** portant sur des recherches menées par des chercheurs du CEPED ou associés. Rédigés pour une diffusion rapide, ces papiers n'ont pas été formellement relus et édités. Certaines versions de ces documents de travail peuvent être soumises à une revue à comité de lecture.

Les droits d'auteur sont détenus par les auteurs.

*CEPED Working Papers are **working papers** on current research conducted by CEPED-affiliated researchers. Written for timely dissemination, these papers have not been formally edited or peer reviewed. Versions of these working papers are sometimes submitted for publication in peer-reviewed journals.*

Copyrights are held by the authors.



**Évaluer les interventions de
prévention des IST et du VIH auprès
des homosexuels masculins au
Sénégal**

Projet ANRS 12139

Rapport Scientifique

Janvier 2010

Évaluer les interventions de prévention des IST et du VIH auprès des homosexuels masculins au Sénégal

Projet ANRS 12139

Promoteur :

Agence Nationale de Recherches sur le sida et les hépatites virales, France.

Recherche dans les pays en développement

Investigateurs :

Division SIDA/IST, Sénégal

Dr Abdoulaye Sidibe Wade

sidaist@yahoo.fr

IRD, CEPED, France

Dr Annabel Desgrées du Loû

annabel.desgrees@ird.fr

Hôpital Le Dantec, Sénégal

Pr Souleymane Mboup

mboup@eci.harvard.edu

Table des matières

Table des matières	5
I. Protocole de recherche.....	9
1. <i>Introduction</i>	10
1.1 Homosexualité et Sida en Afrique sub-saharienne	10
1.2 Etudes conduites auprès de la population homosexuelle au Sénégal	10
1.3 Les interventions à destination des HSH.....	12
1.4 Début 2005 : identification de trois interventions en direction des HSH en cours au Sénégal.....	12
1.4.1 La division de lutte contre le Sida et les IST et le PNLS	12
1.4.2 L'Alliance Nationale contre le Sida (ANCS).....	13
1.4.3 ENDA-santé	13
2. <i>Objectif de la recherche</i>	14
2.1 Objectif principal.....	14
2.2 Objectifs spécifiques.....	14
3. <i>Méthodologie</i>	15
3.1 Volet quantitatif.....	15
3.1.1 Recrutement.....	15
3.1.2 Accueil des participants et recueil du consentement.....	15
3.1.2.1 Interview par questionnaire.....	16
3.1.2.2 Examen clinique.....	16
3.1.2.3 Prélèvements biologiques.....	16
3.1.2.4 Tests biologiques	16
À partir du sérum	16
À partir des urines	17
3.1.3 Counseling.....	17
3.1.4 Prise en charge des participants.....	17
3.1.5 Cas des participants séropositifs VHB et/ou VHC	17

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

3.1.6 Cas des patients séropositifs au VIH.....	17
Bilan clinique et para clinique.....	17
Suivi clinique tous les 3 mois en fonction de l'état clinique à l'inclusion.....	18
Suivi biologique tous les 6 mois (taux de CD4).....	18
Indication et modalité de la chimioprophylaxie au Cotrimoxazole :	18
Indication et modalité de traitement par les ARV	18
Schéma de première intention :	18
3.1.7 Suivi des participants et confidentialité.....	18
3.1.8 Saisie des données et analyse des résultats	19
3.2 Volet qualitatif	19
3.2.1 Auprès des HSH.....	19
3.2.2 Auprès des partenaires féminines des HSH.....	19
3.2.3. Auprès de personnes ressource des institutions concernées	19
3.3 Organisation du travail entre les différentes équipes	20
4. <i>Éthique</i>	21
4.1 Justification de l'étude	21
4.2 Risques induits par l'étude pour les participants	21
4.3 Consentement éclairé.....	21
4.4 Résultats des tests biologiques	21
4.5 Prise en charge.....	22
4.5.1 Durant l'enquête.....	22
4.5.2 Après l'enquête.....	22
5. <i>Références</i>	23
II. L'enquête auprès des HSH.....	25
1. <i>Caractéristiques sociodémographiques : comparaison entre les enquêtes 2004 et 2007</i>	26
2. <i>Prévalence des incidences du VIH et des IST. Comparaison 2004/2007</i>	30
2.1 Prévalence du VIH et des IST	30
2.2 Coinfections.....	38
3. <i>Fiche clinique</i>	40
4. <i>Premier rapports sexuels</i>	41
5. <i>Homo-Bisexualité</i>	47
6. <i>Violences</i>	48
7. <i>Dépistage, prévention, accès aux soins et associations</i>	49
7.1 Dépistage du VIH.....	49
7.2 Prévention, prise en charge et associations.....	50
7.3 Indicateur synthétique.....	54
8. <i>Dernier rapport sexuel</i>	56
8.1 Type de relation lors du dernier rapport	56

8.2 Pratiques sexuelles lors du dernier rapport	60
8.3 Facteurs de risques lors du dernier rapport sexuel	67
9. Pratiques sexuelles sur le dernier mois.....	68
10. Liste des tableaux et figures.....	70
III. L'enquête auprès des partenaires féminines.....	73
1. La méthodologie.....	74
2. Les résultats.....	76
IV. L'enquête auprès des institutions	77
1. Aperçu général des interventions en cours en matière de prévention des IST et du VIH auprès des HSH au Sénégal	78
1.1. ANCS	78
1.2. ENDA SANTÉ	79
1.3 CTA (Centre de Traitements Ambulatoires)	80
1.4. Association ENDÉLIGUEY	81
Difficultés/contraintes	81
Perspectives	82
1.5 Association ADAMA.....	82
Difficultés/Contraintes	82
Perspectives	83
Analyse des forces et faiblesses des ONG partenaires et des associations de HSH de lutte contre les IST/VIH/Sida au niveau du Sénégal :	83
Les forces.....	83
Les faiblesses :	83
Les recommandations	83
En conclusion sur l'offre de services orientés vers les HSH au Sénégal.....	84
2. Les insuffisances et les limites des interventions de prévention	85
3. Conclusions et Recommandations.....	86
V. Valorisation.....	87
Articles	88
Communications à des colloques.....	89
VI. Questionnaire de l'enquête ELIHoS.....	91

I. Protocole de recherche

1. Introduction

L'épidémie de SIDA a été identifiée aux États-Unis pour la première fois dans la communauté homosexuelle et depuis lors un grand nombre d'études ont porté sur cette population aux USA, puis en Europe et en Australie [1-2]. L'épidémie a connu une croissance dramatique en Afrique au sud du Sahara dans la population générale. Il est aujourd'hui établi que la transmission hétérosexuelle, verticale et, dans une moindre mesure, la transmission via le sang contaminé constitue l'essentiel des modes de contamination.

La part des rapports entre hommes semble peu importante [3]. Il convient pourtant de constater que les recherches sur la transmission homosexuelle du VIH en Afrique se sont arrêtées très tôt et que depuis environ 10 ans les questionnaires sur les comportements sexuels et les facteurs de risque ne comportent plus aucune question concernant les rapports homosexuels. Même s'il ne fait pas de doute que la transmission génito-anale du VIH n'explique pas l'explosion de l'épidémie de SIDA en Afrique au sud du Sahara, peut-être avons-nous arrêté un peu tôt la recherche sur ce thème. Cela a conduit à une quasi absence de programmes adaptés [4].

1.1 Homosexualité et Sida en Afrique sub-saharienne

Les recherches portant sur l'homosexualité sont rares et ne sont pas encouragées en Afrique. Une étude menée en Afrique du Sud montre à quel point la réticence des comités éthiques et des décideurs politiques est grande [5]. Toutes les sociétés africaines considèrent l'homosexualité comme une déviance intolérable et l'interdisent souvent. Les quelques études conduites en Afrique rapportent que cette pratique y est rare mais pas inexistante. Quelques publications en témoignent comme au Zimbabwe [6-7], au Nigeria [8] et au Botswana [9]. Cette dernière met en évidence les difficultés rencontrées par les homosexuels en matière d'accès aux soins. Alors qu'au Botswana le système de soins est l'un des meilleurs d'Afrique, les HSH¹ (Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) ont difficilement accès aux soins du fait de l'interdiction de l'homosexualité.

1.2 Etudes conduites auprès de la population homosexuelle au Sénégal

On dispose pour le Sénégal d'une littérature ethnographique sur le sujet. Les entretiens conduits auprès de la population homosexuelle à Dakar par Teunis en 1990 ont ainsi permis de décrire comment le contexte social et culturel local a façonné leurs comportements sociaux et sexuels [10-11]. En effet, la stigmatisation dont ils font l'objet et

¹ Il s'agit de la traduction française du sigle anglais MSM (Men having Sex with Men).

le déni de l'homosexualité ont poussé la plupart d'entre eux à cacher leur homosexualité et à ne pas avoir recours aux services de santé de peur d'être rejetés. Plus récemment, une étude conduite en 2000 par le Programme National de Lutte contre le SIDA, l'université Cheikh Anta Diop de Dakar, l'institut des Sciences de l'environnement et le Population Council a permis de corroborer ces connaissances et de les approfondir à partir d'une enquête menée auprès de 250 hommes privilégiant une approche anthropologique et sociologique [12]. Cette étude a montré que les homosexuels étaient ignorés des programmes de prévention du VIH et de prise en charge des infections sexuellement transmises (IST) alors qu'ils sont dans une situation de vulnérabilité extrême. Elle a montré également que ces personnes vivent fréquemment des situations de précarité et ont à subir des violences domestiques, communautaires et institutionnelles. Ils sont l'objet d'une stigmatisation de la part de la société sénégalaise dans son ensemble et en particulier de la part des personnels de santé qu'ils hésitent à consulter en cas de symptômes. Les personnes interrogées avaient un très faible niveau de connaissance sur les IST et les itinéraires thérapeutiques étaient souvent peu efficaces.

Grâce à un contrat de l'ANRS (1282), nos équipes sénégalaise et française² ont pu mener en 2004 la première étude épidémiologique auprès de cette population. Les résultats de cette étude ont fait l'objet de plusieurs publications [13-15]. Les principales conclusions sont les suivantes :

1. Il a été possible de recruter un échantillon important de HSH (463) dans des conditions satisfaisantes de sécurité et d'anonymat.
2. Une immense majorité des participants (93,2 %) est revenue chercher les résultats des tests biologiques, ce qui a permis de délivrer des traitements pour les IST, de fournir un traitement prophylactique et un soutien psychologique pour les personnes infectées par le VIH et de les orienter vers les structures adaptées à leur prise en charge. À ce jour, environ 30 hommes ont été mis sous protocole ARV (antirétroviraux) conformément aux conditions d'accès aux ARV au Sénégal.
3. La prévalence de l'infection par le VIH était de 21,5 % (IC 95 % :7,8-25,6) dans la population enquêtée.
4. Les prévalences d'IST étaient de 4,8 % pour une syphilis active, de 4,1 % et 5,4 % respectivement pour une gonorrhée et une infection à chlamydiae détectées dans les urines.
5. 34,9 % des participants ont déclaré au moins un symptôme d'IST au cours des 12 mois précédant l'étude.
6. La plupart des personnes HSH ont aussi des rapports sexuels avec des femmes (94,1 %).

² Les investigateurs de l'enquête de 2004 étaient Abdoulaye S. Wade pour la division SIDA/IST et Emmanuel Lagarde pour l'IRD.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

7. 24 % ont déclaré au moins un rapport anal passif non protégé au cours du mois passé, 20 % au moins un rapport anal actif non protégé et 18 % au moins un rapport vaginal non protégé.
8. Les facteurs associés au risque d'être infecté par le VIH sont l'âge, le nombre de partenaires sexuels masculins et la profession de serveur dans un bar ou un restaurant.

1.3 Les interventions à destination des HSH

De nombreuses interventions auprès des communautés homosexuelles des pays développés ont été mises en place, beaucoup avec succès. L'expérience montre que les programmes communautaires et ceux en direction des populations les plus jeunes et les plus à risque ont été les plus efficaces [16], car ayant entraîné une plus grande utilisation du préservatif lors des rapports sexuels et une diminution significative du nombre de partenaires sexuels.

À l'issue des recherches effectuées au Sénégal en 2000 par le Professeur Cheikh Niang et ses collaborateurs, une coalition d'ONG et de partenaires du secteur publique a été constituée afin d'offrir aux hommes ayant des pratiques homosexuelles une prévention et un accès aux soins adaptés [17].

1.4 Début 2005 : identification de trois interventions en direction des HSH en cours au Sénégal

1.4.1 La division de lutte contre le Sida et les IST et le PNLS

Un programme de prise en charge IST et VIH a été initié et coordonné par la Division de lutte contre le SIDA et les IST conjointement avec le Programme National de Lutte contre le SIDA. À travers ce programme, les HSH bénéficient non seulement de séances d'information pour l'adoption de comportements sexuels à moindre risque, mais également d'une prise en charge médicale et psychosociale incluant le traitement des principales infections sexuellement transmises et le VIH. Ce programme bénéficie d'une aide financière de l'USAID (US Agency for International Development) via FHI (Family Health International). Deux médecins et une assistante sociale à Dakar d'une part, et un médecin dans 5 régions d'autre part travaillent pour ce projet. En février 2005, environ 600 HSH étaient suivis régulièrement dans le cadre de ce projet.

1.4.2 L'Alliance Nationale contre le Sida (ANCS)

Une action de sensibilisation aux risques d'IST et d'infection par le VIH a été initiée en 2003 pour deux années par l'association Alliance Nationale contre le SIDA (ANCS). Elle utilise pour cela les leaders de deux associations de HSH. Il s'agit de personnes reconnues comme telles par les HSH de leur zone de fréquentation. L'ANCS forme ces leaders en vue d'une meilleure connaissance des IST et du VIH et développe également des stratégies de réduction des risques liés aux IST. Après ces formations, ces leaders mènent des actions de sensibilisation au niveau de leur zone de fréquentation à travers des séances de causeries et d'animation de proximité suivant un plan d'action pré-élaboré. Le chargé de programme apporte une assistance technique aux deux associations dans la mise en œuvre de leur plan d'action. Ce programme touche essentiellement les membres de ces associations (approche participative par les pairs).

1.4.3 ENDA-santé

Enfin, l'association ENDA-santé (environnement et développement du tiers monde, en anglais ENvironmental Development Action) effectue depuis 2003 un plaidoyer auprès de l'ensemble des acteurs de la vie publique au travers de conférences, d'ateliers de rencontre et d'envoi de documents dans le but de les informer et de les sensibiliser aux problématiques relatives à la vulnérabilité sociale et sanitaire des HSH au Sénégal.

2. Objectif de la recherche

Cette recherche s'inscrit dans les priorités du Programme National de Lutte contre le Sida du Sénégal de réduire la propagation du Sida dans les groupes à hauts risques d'infection par le VIH.

2.1 Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer l'impact des interventions en cours auprès des populations homosexuelles au Sénégal afin de mieux orienter les politiques publiques et privées d'interventions sanitaires et sociales.

2.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

9. Mesurer les comportements à risque d'infection et les principales IST dans cette population ;
10. Mesurer dans cette population la prévalence de l'infection à VIH en 2007 et l'incidence (en comparant avec l'enquête de 2004) et en identifier les déterminants biologiques et comportementaux ;
11. Identifier les interventions efficaces et les lacunes des programmes de prévention ou de prise en charge orientés vers les HSH ;
12. Mesurer l'accès aux soins chez les HSH ;
13. Mesurer les facteurs facilitant ou au contraire bloquant pour une mise en pratique de comportements préventifs ;
14. Identifier les spécificités contextuelles qui influent sur les comportements des HSH.

3. Méthodologie

Il s'agit d'une enquête transversale pluridisciplinaire, conduite par un groupe de chercheurs composé de médecins, travailleurs sociaux, statisticiens, démographes, sociologues, anthropologues et biologistes travaillant en étroite collaboration avec des leaders de groupes de HSH.

L'enquête a été menée sur trois sites : Dakar, la capitale, Mbour/Thiès, région touristique balnéaire, et Saint-Louis, ville moyenne du nord du pays.

L'étude comportait un volet quantitatif et un volet qualitatif.

3.1 Volet quantitatif

Des informations sociodémographiques, comportementales et biomédicales ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire fermé. L'échantillon prévu initialement était de 500 HSH.

3.1.1 Recrutement

Le recrutement s'est fait selon le même procédé que celui de l'enquête précédente de 2004, à savoir par la technique dite *boule de neige* : identification de leaders, recrutement par les pairs au sein de réseaux formels et informels, et recrutement sur des lieux de rencontres identifiés au préalable.

En effet, les travaux anthropologiques antérieurs ont montré l'existence d'un réseau dense de sites de rencontre et de drague fréquentés par les HSH. Il s'agit essentiellement de bars, café, restaurants, dancings etc. Ces sites sont maintenant répertoriés et ont été utilisés pour le recrutement de l'échantillon.

Les personnes contactées étaient informées des modalités de l'étude. Si elles étaient d'accord pour participer, elles recevaient une carte de participation leur indiquant l'endroit où avait lieu l'enquête.

3.1.2 Accueil des participants et recueil du consentement

Les personnes ont été accueillies discrètement dans les locaux de l'étude et ont été conduites auprès du médecin chargé de l'étude. Ce dernier leur a présenté les modalités et les objectifs de l'enquête, ainsi que les bénéfices et les contraintes. En cas d'accord, le participant a signé la fiche de consentement avant de participer. Une indemnité forfaitaire de 10.000 F CFA a été proposée à chaque participant au titre de leurs frais de transport pour les différentes visites, comme cela avait été pratiqué lors de l'enquête de 2004.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Dans chaque site, l'enquête a été menée dans des locaux choisis pour leur discrétion et pour garantir la confidentialité des enquêtés.

3.1.2.1 Interview par questionnaire

L'interview par questionnaire standardisé a été conduite en privé par un enquêteur.

Le questionnaire est comparable à celui de l'enquête de 2004 et comprend les caractéristiques sociodémographiques, l'histoire sexuelle, les connaissances et attitudes vis-à-vis du Sida, la vie sociale ainsi que les antécédents d'IST et l'accès aux services de santé. Il est fourni en annexe de ce rapport.

3.1.2.2 Examen clinique

Un examen clinique et génital a été effectué par un médecin avant les prélèvements. Une fiche d'examen clinique standardisée recensant les symptômes observés a été remplie pour chaque patient. Cet examen clinique a permis de collecter non seulement les plaintes des HSH mais aussi d'identifier les principales IST cliniquement décelables et de les traiter.

3.1.2.3 Prélèvements biologiques

L'examen clinique a été suivi par un prélèvement de 10cc de sang veineux et un prélèvement d'urine.

3.1.2.4 Tests biologiques

Les examens biologiques ont été effectués par le laboratoire de virologie-bactériologie de l'hôpital Le Dantec à Dakar sous la responsabilité du Professeur Souleymane Mboup.

Les sérums issus des prélèvements sanguins ont été aliquotés en trois tubes, deux ont été congelés et stockés, le troisième a permis d'effectuer les tests suivants :

À partir du sérum

- **Sérologie VIH** : la recherche d'anticorps anti-VIH s'est faite par un test ELISA Murex HIV Ag/Ab combination, Abbott). Les échantillons positifs ont été confirmés par Western-Blot (HIV Blot 2.2, GENELABS Diagnostics) pour HIV-1 et par un test de détermination du sous-type VIH (Determine HIV 1/2, Abbott).
- **Syphilis (RPR et TPHA)** : le sérum a été testé par Rapid Plasma Reagin (Syphilis RPR, Human) et par Treponema Palidum Haemagglutination Assay (Syphilis TPHA liquide, Human). Une syphilis a été considérée comme récente si les tests RPR et TPHA étaient tous deux positifs.
- **Sérologie VHS-2** : la recherche d'anticorps anti-VHS2 s'est faite par un test ELISA (Kalon Biological Limited, Aldershot, UK).

Les sérologies VHC et VHB (Murex HBs Ag version 3) ont également été faites.

À partir des urines

Les détections des infections à chlamydia et à gonorrhée ont été effectuées en utilisant une méthode d'amplification (Amplicor ; Roche Diagnostic System). Le laboratoire de Virologie-Bactériologie de l'hôpital Le Dantec dispose du matériel et de l'expérience nécessaire pour effectuer ces tests.

3.1.3 Counseling

Le counseling a été délivré à chaque participant et a été relatif à la prévention de l'infection par le VIH et les autres IST. Il a été identique à celui fourni dans le cadre du programme d'intervention mis en place par le PNLS.

3.1.4 Prise en charge des participants

Les participants qui présentaient des symptômes d'une IST ont été traités gratuitement sur place et/ou ont reçu gratuitement les médicaments appropriés.

Les traitements curatifs des IST ont été ceux recommandés par le PNLS du Sénégal à savoir :

- **Gonorrhée** : Ciprofloxacine 500 mg, en prise unique par voie orale
- **Chlamydiae** : doxycycline 100 mg, deux fois par jour pendant 7 jours
- **Syphilis récente** : benzathine pénicilline, 2,4 M en IM

3.1.5 Cas des participants séropositifs VHB et/ou VHC

En cas de sérologie positive, les personnes ont été référées vers des structures de prise en charge spécifique.

3.1.6 Cas des patients séropositifs au VIH

Les participants qui ont désiré connaître le résultat de leur test VIH et dont le résultat du test était positif ont reçu un soutien psychologique adapté et ont été pris en charge dans le cadre de la politique nationale de prise en charge des personnes vivant avec le VIH [19].

En effet la prise en charge médicale de l'adulte vivant avec le VIH proposé au Sénégal est la suivante :

Bilan clinique et para clinique

- anamnèse et examen clinique
- paraclinique: cliché thoracique, transaminases, hémogramme complet, glycémie sérologie hépatite B et C, IDR à la tuberculine, créatininémie, taux de CD4.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Suivi clinique tous les 3 mois en fonction de l'état clinique à l'inclusion

Suivi biologique tous les 6 mois (taux de CD4)

Indication et modalité de la chimioprophylaxie au Cotrimoxazole :

La chimioprophylaxie au cotrimoxazole est proposée aux patients répondant aux critères suivants : infection à VIH asymptomatique (stade OMS 2, 3 et 4), ou en cas d'infection asymptomatique avec un taux de CD4 inférieur ou égal à 350/mm³. Le traitement proposé est : Bactrim 2x280 mg/j

Indication et modalité de traitement par les ARV

Le traitement ARV a été proposé aux patients VIH + répondant aux critères clinique et immunologiques suivants :

1. Patient asymptomatique avec un taux de CD4 < à 200/mm³
2. Patient paucisymptomatique avec un taux de CD4 < à 350/mm³
3. Patient symptomatique au stade SIDA quelque soit le taux de CD4 (en l'absence de tuberculose)

Schéma de première intention :

- VIH-1 :
Taux d'hémoglobine sup à 8,5/dl = AZT+3TC+NVP ou AZT+3TC+EFV
Taux d'hémoglobine inf à 8,5/dl = d4T+3TC+NVP ou d4T+3TC+EFV
- VIH-2 et patients VIH-1+2 :
Taux d'hémoglobine sup à 8,5/dl = AZT+3TC+IDN ou AZT+3TC+LPV/r
Taux d'hémoglobine inf à 8,5/dl = d4T+3TC+IND ou d4T+3TC+LPV/r

Il convient également de souligner que dans le cadre de sa politique d'accès aux ARV, tous les patients éligibles au traitement ont bénéficié gratuitement d'une prise en charge par les ARV.

3.1.7 Suivi des participants et confidentialité

Aucune information nominative n'est apparue sur les documents d'enquête. Dès le recrutement, chaque enquêté s'est vu attribuer un numéro d'identification. Ce dernier a permis de lier le questionnaire, les données cliniques et les résultats des tests biologiques.

Comme pour l'enquête de 2004, une liste manuscrite de correspondance noms-numéros a été établie par site par le coordonnateur du site qui en a été l'unique détenteur et responsable. Elle a permis la remise des résultats des tests biologiques aux personnes en faisant la demande. Elle a été conservée sous clé et détruite à la fin de la période de remise des résultats.

3.1.8 Saisie des données et analyse des résultats

Une double saisie des questionnaires a été effectuée afin de minimiser le nombre d'erreurs. La saisie s'est faite à l'aide du logiciel EpiInfo et l'analyse à l'aide du logiciel SPSS.

3.2 Volet qualitatif

Parallèlement à l'enquête quantitative, un volet qualitatif était prévu pour mettre à jour les éléments de succès ou de blocage des interventions menées vers les HSH, ainsi que pour comprendre les comportements de prise de risque, ou, au contraire, d'évitement du risque développés par les HSH. Ce volet qualitatif comprenait plusieurs types de recueil d'information.

3.2.1 Auprès des HSH

Les personnes éligibles pour un entretien ont été recrutées à l'issue de la passation du questionnaire. Des entretiens ont été réalisés auprès de 29 HSH qui avaient donné leur accord pour participer à un entretien approfondi à l'issue du questionnaire quantitatif. Ces entretiens ont eu lieu au même lieu que la passation du questionnaire et de l'examen biologique, pour les HSH, dans un espace réservé et discret. Tous les entretiens ont été anonymisés. Les informations collectées au cours de ces entretiens ont été utilisées pour compléter et éclairer les résultats de l'enquête par questionnaire quantitatif fermé.

3.2.2 Auprès des partenaires féminines des HSH

L'étude précédente montrant que près de 95 % des HSH ont également des rapports avec des femmes, une dizaine d'entretiens avec des partenaires féminines de HSH ont été effectués (régulières ou occasionnelles). Toujours au moment de la passation du questionnaire, si le HSH enquêté a déclaré avoir des partenaires féminines, il lui a été demandé son accord pour contacter cette ou ces partenaires pour un entretien approfondi. L'interview des femmes a été présentée comme entrant dans le cadre d'une enquête générale sur la santé reproductive, sans faire mention de la spécificité HSH.

Les partenaires femmes ont été, elles, interrogées dans un lieu différent du précédent.

3.2.3. Auprès de personnes ressource des institutions concernées

Une autre série d'entretiens a été réalisée auprès des responsables de programmes de lutte contre le VIH, d'ONG, d'associations intervenant dans la lutte contre le Sida et d'associations de HSH.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Avec l'accord de l'enquêté, les entretiens ont été enregistrés sur bandes magnétiques, retranscrits et anonymisés. En l'absence d'accord pour l'enregistrement, les entretiens ont fait l'objet d'une prise de notes. Les bandes ont été systématiquement détruites après transcription.

3.3 Organisation du travail entre les différentes équipes

Le Dr. Abdoulaye Wade a coordonné l'ensemble du projet, en collaboration avec Annabel Desgrées du Loû et le Pr. Souleymane Mboup pour les aspects biologiques.

L'enquête quantitative a été menée sur le terrain par l'équipe du Dr. Abdoulaye Wade, directeur du PNLS, composée de deux médecins (Dr. Abdou K. Diop, Dr. Oulimata Diop) et d'une assistante sociale (Mme Khady Gueye). Des leaders des associations HSH ont participé étroitement à toutes les étapes du processus de la recherche (recrutement, organisation, mise au point des questionnaires...) et ont été rémunérés à ce titre. L'expérience de l'enquête de 2004 avait en effet montré que leur rôle était déterminant pour le succès d'une enquête dans une population aussi sensible.

L'équipe IRD (Joseph Larmarange et Annabel Desgrées du Loû) a participé à la mise au point des questionnaires de l'enquête quantitative, à la mise en place de la codification et de la saisie, et à l'analyse statistique des données quantitatives. Ils ont été appuyés pour cette tâche par l'US 008 de l'IRD à Dakar, en particulier M. Adama Marra qui a mis au point le masque de saisie, supervisé la saisie avec l'équipe du PNLS et réalisé l'apurement des données et la constitution d'une base de données prête à l'analyse.

L'enquête qualitative a été menée par le Dr. Abdoulaye Wade et des socio-anthropologues de l'UCAD (M. Amsata Sene et M. Sidy Ba) en collaboration avec Mme Catherine Enel (chercheur vacataire pour l'équipe IRD). L'équipe IRD a souhaité en effet, pour cette recherche pour laquelle le volet qualitatif est primordial, renforcer ses capacités de recherche en anthropologie en intégrant Catherine Enel qui a une grande expérience des enquêtes sur les comportements sexuels dans des milieux sensibles.

Les examens biologiques ont été effectués par le laboratoire de virologie-bactériologie de l'hôpital Le Dantec à Dakar sous la responsabilité du Pr. Souleymane Mboup.

4. Éthique

4.1 Justification de l'étude

Cette étude, souhaitée par le PNLS, s'est justifiée par l'existence d'une communauté homosexuelle au Sénégal très exposée aux risques d'infection par le VIH et les autres IST et ayant de nombreuses interactions avec le reste de la population, et par ailleurs très vulnérable étant donné le caractère illégal de l'homosexualité au Sénégal. Il est apparu nécessaire d'évaluer l'effet des interventions d'information et de prévention en cours auprès de cette communauté.

4.2 Risques induits par l'étude pour les participants

De la même façon que pour l'enquête précédente (ANRS 1282 conduite en 2004), les participants ont eu la possibilité de se présenter sur le lieu d'enquête au cours d'une période assez longue, et ceci afin d'éviter les files d'attente susceptibles d'identifier la conduite d'une enquête. À Dakar, l'Institut d'Hygiène Sociale, où s'est déroulé l'enquête, est par ailleurs le lieu où sont suivies et prises en charge les prostituées de Dakar, et cela depuis 1970. La confidentialité est ainsi un souci quotidien de ce centre. À Mbour/Thiès et à Saint-Louis, l'enquête a été réalisée au sein de structures de santé choisies pour leur respect de la confidentialité.

4.3 Consentement éclairé

Les participants de l'étude ont reçu une information individuelle sur les objectifs du projet, ses bénéfices (prise en charge médicale, counseling) et ses contraintes (douleurs lors des prélèvements biologiques, questions sur la vie sexuelle). Un effort particulier a été fait pour expliquer le caractère confidentiel de leur participation. Les différents responsables des programmes d'intervention ont été informés du projet et sensibilisés afin d'obtenir le maximum d'informations permettant d'apprécier leurs interventions auprès de cette population-cible. Il reste entendu que les informations délivrées ont été strictement confidentielles et non nominatives.

4.4 Résultats des tests biologiques

Les résultats des tests biologiques ont été communiqués aux participants lors d'un rendez-vous qui leur a été fixé dix jours après le prélèvement. En ce qui concerne les résultats de la

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

sérologie VIH, ils n'ont été délivrés que sur demande et ont été accompagnés d'un counseling pré et post-délivrance spécifique.

4.5 Prise en charge

4.5.1 Durant l'enquête

D'une part, les participants qui ont présenté des symptômes d'une IST à l'examen clinique ont été traités gratuitement sur place et/ou ont reçu gratuitement les médicaments appropriés.

D'autre part, des préservatifs et du lubrifiant ont été systématiquement et gratuitement mis à disposition de toutes les personnes enquêtées.

4.5.2 Après l'enquête

Lors de la remise des résultats biologiques, si une syphilis active ou une infection à Chlamydia ou à Gonorrhée a été identifiée, un traitement antibiotique a été donné gratuitement. Les participants qui ont désiré connaître le résultat de leur test VIH et qui ont été identifiés comme infectés par le VIH ont reçu un soutien psychologique adapté et ont été pris en charge dans le cadre de la politique nationale de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Ce projet a reçu l'accord du comité national d'éthique sénégalais.

5. Références

1. Stall R, Ekstrand M, Pollack L, McKusick L, Coates TJ. Relapse from safer sex: the next challenge for AIDS prevention efforts. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1990,3:1181-1187.
2. Joseph JG, Adib SM, Koopman JS, Ostrow DG. Behavioral change in longitudinal studies: adoption of condom use by homosexual/bisexual men. *Am J Public Health* 1990,80:1513-1514.
3. UNAIDS. report on the global AIDS/HIV epidemic. June 2001. In; 2001.
4. Parker R, Khan S, Aggleton P. Conspicuous by their absence? Men who have sex with men (MSM) in developing countries: implication for HIV prevention. *Critical Public Health* 1998,8:329-346.
5. de Gruchy J, Lewin S. Ethics that exclude: the role of ethics committees in lesbian and gay health research in South Africa. *Am J Public Health* 2001,91:865-868.
6. Gelfand M. Apparent absence of homosexuality and lesbianism in traditional Zimbabweans. *Cent Afr J Med* 1985,31:137-138.
7. Gelfand M. The infrequency of homosexuality in traditional Shona society. *Cent Afr J Med* 1979,25:201-202.
8. Orubuloye IO, Omoniyi OP, Shokunbi WA. Sexual networking, STDs and HIV/AIDS in four urban gaols in Nigeria. *Health Transition Review* 1995,5 (suppl.):123-129.
9. Ehlers VJ, Zuyderduin A, Oosthuizen MJ. The well-being of gays, lesbians and bisexuals in Botswana. *J Adv Nurs* 2001,35:848-856.
10. Teunis N. Homosexuality in Dakar: Is the bed the heart of a sexual subculture. *Journal of Gay, Lesbian and Bisexual Identities* 1996,1:153-169.
11. Teunis N. Same-Sex Sexuality in Africa: A Case Study from Senegal. *AIDS and Behavior* 2001,5:173-182.
12. Niang CI, Tapsoba P, Weiss E, et al. It's raining stones " : stigma, violence and HIV vulnerability among men who have sex with men in Dakar, Senegal. *Culture, Health & Sexuality* 2003,5:499-512.
13. Wade AS, Kane CT, Diallo PAN, et al. HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS* 2005,19(18):2133-2140.
14. Wade AS, Kane CT, Diallo PAN, et al. Determinants of condom use among men who have sex with men in Senegal. submitted 2005.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

15. Wade AS, Kane CT, Diallo PAN, et al. Sexual and social life of men who have sex with men in Senegal. submitted 2005.
16. Johnson WD, Hedges LV, Diaz RM. Interventions to modify sexual risk behaviors for preventing HIV infection in men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD001230.
17. Ly A, Tapsoba P, Moreau A, Niang C, Castle C. Building a broad coalition to support HIV/AIDS/STI responses for MSM in Senegal. XV International AIDS Conference. Bangkok, Thailand 2004.
18. Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal. Bulletin séro-épidémiologique du VIH. Dakar, Sénégal 2004.
19. Laurent C, Diakhate N, Gueye NF, et al. The Senegalese government's highly active antiretroviral therapy initiative: an 18-month follow-up study. *Aids* 2002,16:1363-1370.

II. L'enquête auprès des HSH

L'enquête par questionnaire a été réalisée entre février 2007 et août 2007. Le nombre de participants à cette enquête a été de 501. L'enquête par entretiens s'est déroulée en même temps que l'enquête par questionnaire. La saisie et l'apurement des données ont été réalisés entre août 2007 et décembre 2007. L'année 2008 a été consacrée à l'analyse et à la valorisation des données, qui se poursuit en 2009. Les résultats de cette enquête ont donné lieu aux trois articles suivants (auquel s'ajoute un quatrième article sur les partenaires féminines des HSH, cf partie suivante):

Wade A, Larmarange J, Diop AK, Diop O, Gueye K, Marra A, Sene A, Enel C, Ba S, Niang Diallo P, Toure Kane NC, Mboup S, Desgrées du Loû A. Reduction in risk-taking behaviors among MSM in Senegal between 2004 and 2007 and prevalence of HIV and other STIs. ELIHoS Project, ANRS 12139. *Aids Care* 2009; In press.

Larmarange J., Desgrées du Loû A, Enel C et Wade A pour le groupe ELIHoS. Homosexualité et Bisexualité au Sénégal : Une réalité multiforme. *Population*, in press.

Larmarange J, Wade A, Diop A, Diop O, Gueye K, Marra A et Desgrées du Loû A pour le groupe ELIHOS. Men who have sex with men (MSM) and risk factors associated with last sexual intercourse with a man and with a woman in Senegal. *Soumis à PLoS One*.

On trouvera les textes de ces articles en dernière partie de ce rapport. Sont récapitulés ici tous les tableaux correspondant aux analyses réalisées, qui ne sont pas forcément toutes retranscrites dans les articles cités. Cependant, pour les discussions autour des résultats et leur mise en perspective avec d'autres recherches, on se rapportera aux articles.

Cette partie a été rédigée par Joseph Larmarange.

1. Caractéristiques sociodémographiques : comparaison entre les enquêtes 2004 et 2007

Si les deux échantillons diffèrent significativement quant aux sites enquêtés ($p < 0,001$ Khi²), du fait d'un choix d'échantillonnage différent en 2007, il n'y a pas de différence significative selon les groupes d'âges ($p = 0,123$) ou le niveau d'instruction ($p = 0,132$). Néanmoins, l'échantillon 2007 est un peu plus jeune et plus instruit que l'échantillon 2004.

Les deux échantillons diffèrent significativement selon la catégorie socioprofessionnelle ($p < 0,001$), notamment en raison d'une augmentation sensible des élèves et étudiants (14,3 % à 25,9 %) et d'une diminution des ouvriers et artisans (28,7 % à 23,2 %).

Un tiers des personnes enquêtées en 2007 a participé à l'enquête 2004. Cette proportion est équivalente à celle des personnes ayant participé à l'enquête 2000 par les enquêtés de 2004. En 2007, seules 95 enquêtés sur 501 (19,0 %) avaient également participé à l'enquête de 2000. Sur ces 95 personnes, 79 (83,2 %) avaient participé aussi à l'enquête de 2004.

La proportion d'individus appartenant à une association HSH a fortement augmenté (10,8 % à 40,9 %) de même que la part de ceux ayant déjà participé à une action de prévention dirigée vers les HSH (23,1 % à 58,7 %), traduisant les évolutions de la prise en charge des HSH et du milieu associatif HSH au Sénégal entre 2004 et 2007.

Si l'on exclut Kaolack de l'analyse, les tests de Chi² restent équivalents.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des échantillons des deux enquêtes

Caractéristique	Enquête 2004		Enquête 2007	
	%	(n)	%	(n)
Site d'enquête #### (p<0,001)				
- Dakar	64,3	297	61,1	306
- Saint-Louis	9,7	45	19,0	95
- Mbour/Thiès	21,2	98	20,0	100
- Kaolack§	4,8	22	-	
Groupe d'âges (p=0,136)				
- 18-19 ans	18,8	87	19,4	97
- 20-24 ans	35,1	162	38,7	194
- 25-29 ans	28,9	133	22,2	111
- 30-34 ans	13,0	60	13,4	67
- 35 ans et plus	4,3	20	6,4	32
Niveau d'instruction (p=0,146)				
- Aucun	17,7	82	14,0	70
- Primaire	39,6	183	38,9	195
- Secondaire	38,3	177	40,1	201
- Supérieur	4,3	20	7,0	35
Profession #### (p<0,001)				
- Sans activité	10,0	46	5,6	28
- Élève, étudiant, apprenti	13,9	64	25,9	130
- Commerçant	18,2	84	19,4	97
- Profession intermédiaire, fonctionnaire	3,9	18	3,8	19
- Coiffeur, artiste, mode, esthéticien	8,2	38	5,0	25
- Tourisme, bar, restauration, hôtellerie	6,1	28	6,6	33
- Tailleur, couturier, tapissier	11,5	53	10,5	53
- Ouvrier, artisan, chauffeur	28,4	131	23,2	116
Participation aux enquêtes précédentes				
- Enquête PNLs/Population Council de 2000****	34,0	157	19,0	95
- Enquête HSH de 2004†	-		33,9	170
Appartient à une association HSH****	11,1	51	40,9	201
A participé à une action de prévention HSH****	23,3	107	58,7	294
Habite avec sa famille‡	-		89,8	450
En couple‡				
- Non	-		74,9	375
- Oui, avec un homme	-		18,6	93
- Oui, avec une femme	-		6,6	33
Effectif total		462		501

§ Le site de Kaolack n'a pas été enquêté en 2007.

† Par définition, tous les individus enquêtés en 2004 ont participé à l'enquête de 2004.

‡ Information non disponible pour 2004.

Test du Chi² : # p < 0,10 ; ## p < 0,05 ; ### p < 0,01 ; #### p < 0,001.

Test exact de Fisher : **** : p<0,001 ; *** : p<0,01 ; ** : p<0,05 ; * : p<0,1.

NB : il y a 16 apprentis en 2007 (3,4 %). Pour 2004, il n'est pas possible de distinguer les apprentis des étudiants.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Tableau 2

Caractéristiques sociodémographiques, Kaolack exclu

Caractéristique	Enquête 2004		Enquête 2007	
	%	(n)	%	(n)
Site d'enquête #### (p=0,001)				
- Dakar	67,5	297	61,1	306
- Saint-Louis	10,2	45	19,0	95
- Mbour/Thiès	22,3	98	20,0	100
Groupe d'âges (p=0,117)				
- 18-19 ans	19,3	85	19,4	97
- 20-24 ans	34,1	150	38,7	194
- 25-29 ans	28,9	127	22,2	111
- 30-34 ans	13,4	59	13,4	67
- 35 ans et plus	4,3	19	6,4	32
Niveau d'instruction (p=0,236)				
- Aucun	17,3	76	14,0	70
- Primaire	39,8	175	38,9	195
- Secondaire	38,4	169	40,1	201
- Supérieur	4,5	20	7,0	35
Profession #### (p<0,001)				
- Sans activité	10,2	45	5,6	28
- Élève, étudiant, apprenti	14,1	62	25,9	130
- Commerçant	18,0	79	19,4	97
- Profession intermédiaire, fonctionnaire	4,1	18	3,8	19
- Coiffeur, artiste, mode, esthéticien	8,6	38	5,0	25
- Tourisme, bar, restauration, hôtellerie	5,9	26	6,6	33
- Tailleur, couturier, tapissier	12,0	53	10,5	53
- Ouvrier, artisan, chauffeur	27,0	119	23,2	116
Participation aux enquêtes précédentes				
- Enquête PNLs/Population Council de 2000****	34,8	153	19,0	95
- Enquête HSH de 2004†	-	-	33,9	170
Appartient à une association HSH****				
	11,4	50	40,9	201
A participé à une action de prévention HSH****				
	22,8	100	58,7	294
Habite avec sa famille‡				
	-	-	89,8	450
En couple‡				
- Non	-	-	74,9	375
- Oui, avec un homme	-	-	18,6	93
- Oui, avec une femme	-	-	6,6	33
Effectif total		440		501

† Par définition, tous les individus enquêtés en 2004 ont participé à l'enquête de 2004.

‡ Information non disponible pour 2004.

Test du Chi² : # p < 0,10 ; ## p < 0,05 ; ### p < 0,01 ; #### p < 0,001.

Test exact de Fisher : **** : p<0,001 ; *** : p<0,01 ; ** : p<0,05 ; * : p<0,1.

Tableau 3

Age des enquêtés et classes d'âges de leurs partenaires sexuels en 2007

Classes d'âges	Enquêtés	Partenaires
10-14 ans	0 %	0,8 %
15-19 ans	19,4 %	24,8 %
20-24 ans	38,7 %	56,4 %
25-29 ans	22,2 %	52,2 %
30-39 ans	17,6 %	45,4 %
40-49 ans	1,4 %	18,8 %
50 ans et plus	0,8 %	6,8 %

Pour les enquêtés, il s'agit de leur répartition par classes d'âges. Le total fait 100 %.

Pour les partenaires, il s'agit des classes d'âges auxquelles appartiennent en général les partenaires des personnes enquêtées. Le total diffère donc de 100 %. 24,8 % s'interprète ainsi : 24,8 % des hommes enquêtés déclarent avoir eu des partenaires sexuels âgés de 15 à 19 ans au cours des 12 derniers mois.

Le Tableau 3 montre que les partenaires des hommes enquêtés sont, en moyenne, plus âgés que les hommes enquêtés. Les hommes jeunes sont de fait surreprésentés dans notre échantillon, plus susceptibles de participer à l'enquête que des hommes plus âgés.

2. Prévalence des incidences du VIH et des IST. Comparaison 2004/2007

2.1 Prévalence du VIH et des IST

La comparaison est effectuée en excluant les données de Kaolack pour l'enquête de 2004.

Tableau 4

Prévalence du VIH et de différentes IST aux deux enquêtes

Pathologie	Enquête 2004			Enquête 2007			p-value (test Fisher)
	%	(n/N)	IC 95 %	%	(n/N)	IC 95 %	
VIH	22,4	94/419	18,6-26,8	21,8	109/500	18,3-25,7	0,496
HSV2	23,4	95/406	19,4-27,9	20,6	103/500	17,2-24,5	0,195
VHB	26,4	97/367	22,0-31,3	17,0	85/500	13,9-20,6	0,001
VHC†	-			0,2	1/500	0,0-1,3	-
Syphilis	5,0	21/419	3,2-7,7	3,4	17/500	2,1-5,5	0,146
Gonocoque	5,5	23/419	3,6-8,3	2,6	13/500	1,5-4,5	0,019
Chlamydia	4,1	17/419	2,5-6,6	3,2	16/500	1,9-5,3	0,301

Kaolack exclus pour 2004. Résultats indéterminés exclus.

† Non mesuré en 2004.

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % (méthode de Wilson avec correction de continuité).

Test exact de Fisher unilatéral.

Quelle que soit la pathologie considérée, la prévalence a diminué entre 2004 et 2007. Cependant, la baisse n'est significative que pour le VHB et le Gonocoque.

Tableau 5

Prévalence du VIH et de différentes IST à Dakar

Pathologie	Enquête 2004			Enquête 2007			p-value (test Fisher)
	%	(n/N)	IC 95 %	%	(n/N)	IC 95 %	
VIH	25,4	71/279	20,5-31,0	30,1	92/306	25,1-35,6	0,125
HSV2	24,4	66/270	19,5-30,1	27,8	85/306	22,9-33,2	0,208
VHB	24,2	61/252	19,1-30,1	17,3	53/306	13,3-22,1	0,029
VHC†	-			0,3	1/306	0,0-2,1	-
Syphilis	3,6	10/279	1,8-6,7	3,6	11/306	1,9-6,5	0,586
Gonocoque	4,7	13/279	2,6-8,1	2,9	9/306	1,4-5,7	0,191
Chlamydia	4,7	13/279	2,6-8,1	3,6	11/306	1,9-6,5	0,330

Résultats indéterminés exclus.

† Non mesuré en 2004.

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % (méthode de Wilson avec correction de continuité).

Test exact de Fisher unilatéral.

Rapport Scientifique - Enquête ELIHoS

Pour Dakar, les prévalences du VIH et de HSV-2 ont augmenté (non significatif). La prévalence des autres pathologies a diminué, excepté celle de la Syphilis qui est resté stable.

Tableau 6

Prévalence du VIH et de différentes IST à Saint-Louis

Pathologie	Enquête 2004			Enquête 2007			p-value (test Fisher)
	%	(n/N)	IC 95 %	%	(n/N)	IC 95 %	
VIH	14,0	6/43	5,8-28,7	4,3	4/94	1,4-11,2	0,051
HSV2	31,0	13/42	18,2-47,3	7,4	7/94	3,3-15,2	0,001
VHB	33,3	10/30	17,9-52,8	14,9	14/94	8,7-24,1	0,026
VHC†	-			0,0	0/94	0,1-4,9	-
Syphilis	14,0	6/43	5,8-28,7	2,1	2/94	0,4-8,2	0,012
Gonocoque	2,3	1/43	0,1-13,8	1,1	1/94	0,1-6,7	0,531
Chlamydia	2,3	1/43	0,1-13,8	1,1	1/94	0,1-6,7	0,531

Résultats indéterminés exclus.

† Non mesuré en 2004.

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % (méthode de Wilson avec correction de continuité).

Test exact de Fisher unilatéral.

À Saint-Louis, pour toutes les pathologies, la prévalence a diminué entre 2004 et 2007, le plus souvent de manière significative. Cependant, les résultats doivent être interprétés avec prudence. En effet, le nombre de personnes enquêtées est relativement faible, surtout en 2004, et les échantillons ne peuvent être considérés comme directement comparables.

Tableau 7

Prévalence du VIH et de différentes IST à Mbour/Thiès

Pathologie	Enquête 2004			Enquête 2007			p-value (test Fisher)
	%	(n/N)	IC 95 %	%	(n/N)	IC 95 %	
VIH	17,5	17/97	10,8-26,8	13,0	13/100	7,4-21,6	0,247
HSV2	17,0	16/94	10,3-26,4	11,0	11/100	5,9-19,2	0,158
VHB	30,6	26/85	21,3-41,7	18,0	18/100	11,3-27,2	0,034
VHC†	-			0,0	0/100	0,1-4,6	-
Syphilis	5,2	5/97	1,9-12,2	4,0	4/100	1,3-10,5	0,481
Gonocoque	9,3	9/97	4,6-17,4	3,0	3/100	0,8-9,2	0,060
Chlamydia	3,1	3/97	0,8-9,4	4,0	4/100	1,3-10,5	0,517

Résultats indéterminés exclus.

† Non mesuré en 2004.

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % (méthode de Wilson avec correction de continuité).

Test exact de Fisher unilatéral.

À Mbour/Thiès, on constate également une baisse des prévalences entre 2004 et 2007 pour les différentes pathologies (excepté le Chlamydia dont la prévalence est restée constante).

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Tableau 8

Prévalences du VIH par caractéristiques sociodémographiques

Caractéristique	Enquête 2004		Enquête 2007	
	%	(n/N)	%	(n/N)
Site d'enquête		-		####
- Dakar	25,4	71/279	30,1	92/306
- Saint-Louis	14,0	6/43	4,3	4/94
- Mbour/Thiès	17,5	17/97	13,0	13/100
Groupe d'âges		###		####
- 18-19 ans	7,6	6/79	5,2	5/97
- 20-24 ans	21,1	30/142	16,5	32/194
- 25-29 ans	26,8	33/123	33,6	37/110
- 30-34 ans	33,3	19/57	32,8	22/67
- 35 ans et plus	33,3	6/18	40,6	13/32
Niveau d'instruction		-		-
- Aucun	22,9	16/70	21,7	15/69
- Primaire	25,9	43/166	25,6	50/195
- Secondaire	19,6	32/163	17,4	35/201
- Supérieur	15,0	3/20	25,7	9/35
Profession		###		###
- Sans activité	25,0	10/40	35,7	10/28
- Élève, étudiant, apprenti	8,2	5/61	13,1	17/130
- Commerçant	27,6	21/76	29,2	28/96
- Profession intermédiaire, fonctionnaire	18,8	3/16	26,3	5/19
- Coiffeur, artiste, mode, esthéticien	13,2	5/38	28,0	7/25
- Tourisme, bar, restauration, hôtellerie	44,0	11/25	33,3	11/33
- Tailleur, couturier, tapissier	35,4	17/48	26,4	14/53
- Ouvrier, artisan, chauffeur	19,4	22/115	14,7	17/116
Appartient à une association HSH		####		#
- Non	19,9	74/372	19,3	57/296
- Oui**	43,5	20/46	25,5	52/204
A participé à une action de prévention HSH		#		##
- Non	20,7	67/323	16,4	34/207
- Oui	28,7	27/94	25,6	75/293
Habite avec sa famille				####
- Non	-		45,1	23/51
- Oui	-		19,2	86/449
En couple				-
- Non	-		22,1	83/375
- Oui, avec un homme	-		21,7	20/92
- Oui, avec une femme	-		18,2	6/33
Ensemble	22,4	94/419	21,8	109/500

Kaolack exclus pour 2004. Résultats indéterminés exclus. Les effectifs totaux d'une variable peuvent différer de 419 (2004) ou de 500 (2007) en raison de valeurs manquantes.

Test exact de Fisher unilatéral, pour chaque modalité :**** : p<0,001 ; *** : p<0,01 ; ** : p<0,05 ; * : p<0,1.

Lecture : entre 2004 et 2007, la prévalence a significativement diminué parmi les membres d'association HSH.

Test du Chi², pour chaque variable, séparément par année : #### : p<0,001 ; ### : p<0,01 ; ## : p<0,05 ; # : p<0,1.

Lecture : en 2007, la prévalence du VIH varie significativement selon le site d'enquête (p<0,001).

Tableau 9

Probabilité d'être VIH+ selon différentes caractéristiques sociodémographiques, selon l'année d'enquête (régressions logistiques binaires)

Caractéristique	Enquête 2004		Enquête 2007	
	OR	p	OR	p
Site d'enquête		0,091		<0,001
- Dakar	1	-	1	-
- Saint-Louis	0,432	0,089	0,142	<0,001
- Mbour/Thiès	0,589	0,112	0,381	0,008
Groupe d'âges		0,095		0,010
- 18-19 ans	1	-	1	-
- 20-24 ans	2,638	0,058	2,355	0,107
- 25-29 ans	3,811	0,011	5,042	0,004
- 30-34 ans	3,994	0,016	4,833	0,010
- 35 ans et plus	4,269	0,041	7,066	0,004
Niveau d'instruction		0,657		0,503
- <i>Aucun</i>	1	-	1	-
- Primaire	1,393	0,373	1,197	
- Secondaire	0,993	0,986	0,765	
- Supérieur	0,842	0,836	0,603	
Profession		0,030		0,531
- Sans activité	1,064	0,897	2,656	0,075
- Élève, étudiant, apprenti	0,504	0,285	2,518	0,074
- Commerçant	1,376	0,402	2,152	0,048
- Profession intermédiaire, fonctionnaire	0,293	0,167	2,355	0,195
- Coiffeur, artiste, mode, esthéticien	0,339	0,074	1,482	0,498
- Tourisme, bar, restauration, hôtellerie	2,526	0,067	2,112	0,141
- Tailleur, couturier, tapissier	1,861	0,146	1,893	0,163
- <i>Ouvrier, artisan, chauffeur</i>	1	-	1	-
A participé à l'enquête de 2000	2,141	0,007	0,957	0,891
A participé à l'enquête HSH de 2004†	-		2,506	0,002
Appartient à une association HSH	3,065	0,015	0,919	0,778
A participé à une action de prévention HSH	0,773	0,470	1,090	0,793
Habite avec sa famille‡	-		0,505	0,055
En couple‡	-			0,390
- <i>Non</i>			1	-
- Oui, avec un homme			0,830	0,575
- Oui, avec une femme			0,492	0,191
Constante	0,075	<0,001	0,253	0,088

Kaolack exclus en 2004.

† Par définition, tous les individus enquêtés en 2004 ont participé à l'enquête de 2004.

‡ Information non disponible pour 2004.

OR : Odds Ratio

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Tableau 10

Probabilité d'être VIH+ selon différentes caractéristiques sociodémographiques, bases 2004 et 2007 fusionnées (régression logistique binaire)

Caractéristique	OR	p
Enquête 2007 (référence 2004)	0,973	0,892
Site d'enquête		<0,001
- Dakar	1	-
- Saint-Louis	0,252	<0,001
- Mbour/Thiès	0,482	0,002
Groupe d'âges		<0,001
- 18-19 ans	1	-
- 20-24 ans	2,985	0,002
- 25-29 ans	5,464	<0,001
- 30-34 ans	4,983	<0,001
- 35 ans et plus	6,732	<0,001
Niveau d'instruction		0,332
- Aucun	1	-
- Primaire	1,249	0,383
- Secondaire	0,849	0,558
- Supérieur	0,860	0,756
Profession		0,052
- Sans activité	1,637	0,156
- Élève, étudiant, apprenti	1,149	0,712
- Commerçant	1,674	0,049
- Profession intermédiaire, fonctionnaire	0,972	0,955
- Coiffeur, artiste, mode, esthéticien	0,828	0,633
- Tourisme, bar, restauration, hôtellerie	2,487	0,008
- Tailleur, couturier, tapissier	1,932	0,028
- Ouvrier, artisan, chauffeur	1	-
A participé à l'enquête de 2000	1,832	0,002
Appartient à une association HSH	1,280	0,297
A participé à une action de prévention HSH	1,067	0,773
Constante	0,057	<0,001

Kaolack exclus en 2004.

OR : Odds Ratio

Il n'y a pas eu de modification significative de la prévalence du VIH, à caractéristiques sociodémographiques égales.

Tableau 11

Probabilité d'être VIH+ selon différentes caractéristiques sociodémographiques, bases 2004 et 2007 fusionnées (régression logistique binaire), selon le site

Caractéristique	Dakar		Hors Dakar	
	OR	p	OR	p
Enquête 2007 (référence 2004)	1,190	0,439	0,385	0,057
Groupe d'âges		<0,001		0,748
- 18-19 ans	1	-	1	-
- 20-24 ans	3,286	0,003	1,253	0,790
- 25-29 ans	6,183	<0,001	1,655	0,563
- 30-34 ans	5,455	<0,001	2,215	0,390
- 35 ans et plus	7,282	<0,001	2,829	0,324
Niveau d'instruction		0,127		0,768
- <i>Aucun</i>	1	-	1	-
- Primaire	1,135	0,665	1,670	0,369
- Secondaire	0,643	0,168	1,769	0,354
- Supérieur	0,541	0,254	2,926	0,442
Profession		0,515		0,016
- Sans activité	1,448	0,332	1,932	0,486
- Élève, étudiant, apprenti	1,301	0,528	0,326	0,352
- Commerçant	1,131	0,681	4,584	0,009
- Profession intermédiaire, fonctionnaire	1,190	0,765	0,545	0,615
- Coiffeur, artiste, mode, esthéticien	0,585	0,261	1,967	0,370
- Tourisme, bar, restauration, hôtellerie	1,894	0,117	5,224	0,014
- Tailleur, couturier, tapissier	1,394	0,345	5,076	0,008
- <i>Ouvrier, artisan, chauffeur</i>	1	-	1	-
A participé à l'enquête de 2000	1,891	0,004	1,303	0,561
Appartient à une association HSH	0,554	1,170	2,610	0,101
A participé à une action de prévention HSH	0,830	1,056	1,300	0,639
Constante	0,066	<0,001	0,027	<0,001

Kaolack exclus en 2004.

OR : Odds Ratio

Pour Dakar, à caractéristiques sociodémographiques égales, il n'y a pas de modification significative de la prévalence du VIH entre 2004 et 2007. La différence observée dans l'analyse univariée traduit donc des changements de structure de l'échantillon entre les deux enquêtes.

Pour les sites hors Dakar, la régression logistique met en évidence une diminution de plus de moitié de la prévalence entre 2004 et 2007. Cette différence n'est cependant significative qu'à 10 % (p=0,057).

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Tableau 12

Prévalences de HSV2 par caractéristiques sociodémographiques

Caractéristique	Enquête 2004		Enquête 2007	
	%	(n/N)	%	(n/N)
Site d'enquête		-		####
- Dakar	24,4	66/270	27,8	85/306
- Saint-Louis***	31,0	13/42	7,4	7/94
- Mbour/Thiès	16,8	16/95	11,0	11/100
Groupe d'âges		####		####
- 18-19 ans	9,1	7/77	6,2	6/97
- 20-24 ans	19,9	28/141	14,4	28/194
- 25-29 ans	27,7	33/119	23,6	26/110
- 30-34 ans	39,6	21/53	40,3	27/67
- 35 ans et plus	35,3	6/17	50,0	16/32
Niveau d'instruction		-		-
- Aucun	28,6	20/70	23,2	16/69
- Primaire	23,5	38/162	24,1	47/195
- Secondaire	21,9	34/155	17,4	35/201
- Supérieur	15,0	3/20	14,3	5/35
Profession		###		####
- Sans activité	30,8	12/39	46,4	13/28
- Élève, étudiant, apprenti	6,6	4/61	6,9	9/130
- Commerçant	36,1	26/72	24,0	23/96
- Profession intermédiaire, fonctionnaire	14,3	2/14	21,1	4/19
- Coiffeur, artiste, mode, esthéticien	31,6	12/38	48,0	12/25
- Tourisme, bar, restauration, hôtellerie	30,8	8/26	21,2	7/33
- Tailleur, couturier, tapissier	24,4	11/45	26,4	14/53
- Ouvrier, artisan, chauffeur	17,9	20/112	18,1	21/116
Appartient à une association HSH		####		##
- Non	19,9	72/361	17,2	51/296
- Oui***	51,1	23/45	25,5	52/204
A participé à une action de prévention HSH		##		##
- Non	20,6	65/315	15,5	32/207
- Oui	31,1	28/90	24,2	71/293
Habite avec sa famille				####
- Non	-		51,0	26/51
- Oui	-		17,1	77/449
En couple				-
- Non	-		20,3	76/375
- Oui, avec un homme	-		19,6	18/92
- Oui, avec une femme	-		27,3	9/33
Ensemble	23,3	95/407	20,6	103/500

Kaolack exclus pour 2004. Résultats indéterminés exclus.

Test exact de Fisher unilatéral, pour chaque modalité :**** : p<0,001 ; *** : p<0,01 ; ** : p<0,5 ; * : p<0,1.

Lecture : entre 2004 et 2007, la prévalence a significativement diminué parmi les membres d'association HSH.

Test du Chi², pour chaque variable, séparément par année : #### : p<0,001 / ### : p<0,01 / ## : p<0,5 / # : p<0,1.

Lecture : en 2007, la prévalence de HSV2 varie significativement selon le site d'enquête (p<0,001).

Tableau 13

Prévalences du VHB par caractéristiques sociodémographiques

Caractéristique	Enquête 2004		Enquête 2007	
	%	(n/N)	%	(n/N)
Site d'enquête		-		-
- Dakar**	24,2	61/252	17,3	53/306
- Saint-Louis*μ	33,3	10/30	14,9	14/94
- Mbour/Thiès**	30,2	26/86	18,0	18/100
Groupe d'âges		#		-
- 18-19 ans	18,6	13/70	24,7	24/97
- 20-24 ans****	34,4	42/122	14,4	28/194
- 25-29 ans	21,4	24/112	16,4	18/110
- 30-34 ans*	25,5	13/51	13,4	9/67
- 35 ans et plus	38,5	5/13	18,8	6/32
Niveau d'instruction		-		-
- Aucun**	26,6	17/64	10,1	7/69
- Primaire	28,2	40/142	21,0	41/195
- Secondaire**	25,0	36/144	15,4	31/201
- Supérieur	22,2	4/18	17,1	6/35
Profession		-		-
- Sans activité	22,2	8/36	10,7	3/28
- Élève, étudiant, apprenti	20,0	11/55	15,4	20/130
- Commerçant*	30,2	19/63	17,7	17/96
- Profession intermédiaire, fonctionnaire	23,1	3/13	21,1	4/19
- Coiffeur, artiste, mode, esthéticien**	30,3	10/33	4,0	1/25
- Tourisme, bar, restauration, hôtellerie	20,8	5/24	18,2	6/33
- Tailleur, couturier, tapissier	33,3	14/42	24,5	13/53
- Ouvrier, artisan, chauffeur*	26,5	27/102	18,1	21/116
Appartient à une association HSH		-		-
- Non****	26,0	85/327	14,9	44/296
- Oui	30,0	12/40	20,1	41/204
A participé à une action de prévention HSH		-		-
- Non**	24,6	69/281	16,9	35/207
- Oui***	31,8	27/85	17,1	50/293
Habite avec sa famille				-
- Non	-		13,7	7/51
- Oui	-		17,4	78/449
En couple				-
- Non	-		16,8	63/375
- Oui, avec un homme	-		17,4	16/92
- Oui, avec une femme	-		18,2	6/33
Ensemble****	26,4	97/368	17,0	85/500

Kaolack exclus pour 2004. Résultats indéterminés exclus.

Test exact de Fisher unilatéral, pour chaque modalité :**** : p<0,001 ; *** : p<0,01 ; ** : p<0,5 ; * : p<0,1.

Lecture : entre 2004 et 2007, la prévalence a significativement diminué parmi les membres d'association HSH.

Test du Chi², pour chaque variable, séparément par année : #### : p<0,001 / ### : p<0,01 / ## : p<0,5 / # : p<0,1.

Lecture : en 2007, la prévalence de VHB ne varie pas significativement selon le site d'enquête (p>0,1).

2.2 Coinfections

Tableau 14

Matrice des coinfections en 2004

<i>en %</i>	VIH	HSV2	VHB	VHC	Syph.	Gonoc.	Chlam.
VIH	22,4	10,6	6,5	-	2,1	1,0	1,0
HSV2	10,6	23,3	6,7	-	2,2	0,7	0,7
VHB	6,5	6,7	26,4	-	1,4	1,9	0,5
VHC	-	-	-	-	-	-	-
Syph.	2,1	2,2	1,4	-	5,0	0,2	0,0
Gonoc.	1,0	0,7	1,9	-	0,2	5,5	1,4
Chlam.	1,0	0,7	0,5	-	0,0	1,4	4,0

Syph. : syphilis – Gonoc. : Gonocoque – Chlam. : Chlamydia

VHC non mesuré en 2004. Kaolack exclus. Résultats indéterminés exclus.

Lecture : en 2004, 10,6 % des HSH étaient infectés à la fois par le VIH et HSV-2.

Tableau 15

Matrice des coinfections en 2007

<i>en %</i>	VIH	HSV2	VHB	VHC	Syph.	Gonoc.	Chlam.
VIH	21,8	10,2	4,6	0,2	1,4	0,2	0,2
HSV2	10,2	20,6	2,6	0,2	1,6	0,2	0,2
VHB	4,6	2,6	17,0	0,2	0,4	0,6	0,8
VHC	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
Syph.	1,4	1,6	0,4	0,0	3,4	0,2	0,0
Gonoc.	0,2	0,2	0,6	0,0	0,2	2,6	1,0
Chlam.	0,2	0,2	0,8	0,0	0,0	1,0	3,2

Syph. : syphilis – Gonoc. : Gonocoque – Chlam. : Chlamydia.

Résultats indéterminés exclus.

Lecture : en 2007, 10,2 % des HSH étaient infectés à la fois par le VIH et HSV-2.

Tableau 16

Détail des coinfections VIH et IST en 2007

	%	n
<i>Aucune des 7 infections</i>	52,6	263
<i>1 infection</i>	29,2	146
VIH	8,0	40
HSV2	8,4	42
VHB	10,0	50
Syphilis	0,8	4
Gonocoque	0,6	3
Chlamydia	1,4	7
<i>2 infections</i>	15,2	76
VIH+HSV2	7,6	38
VHB+HSV2	1,0	5
VHB+VIH	2,8	14
Syphilis+HSV2	0,8	4
Syphilis+VIH	0,4	2
Syphilis+VHB	0,2	1
Gonocoque+HSV2	0,2	1
Gonocoque+VIH	0,2	1
Gonocoque+VHB	0,4	2
Gonocoque+Syphilis	0,2	1
Chlamydia+VHB	0,6	3
Chlamydia+Gonocoque	0,8	4
<i>3 infections</i>	2,8	14
VHB+HSV+VIH	1,4	7
Syphilis+VIH+HSV2	0,8	4
Syphilis+VHB+VIH	0,2	1
Chlamydia+VIH+HSV2	0,2	1
Chlamydia+Gonocoque+VHB	0,2	1
<i>4 infections</i>	0,2	1
VHC+VHB+VIH+HSV2	0,2	1
TOTAL	100,0	500

3. Fiche clinique

Tableau 17

Données de la fiche clinique, 2007

	%	n/N	IC 95 %
Examen de l'aîne			
Ganglion lymphatique inguinal douloureux	0,0	0/501	0,0-0,9
Examen du pénis			
Circoncis	99,8	500/501	98,7-100,0
Inflammation du pénis	0,0	0/501	0,0-0,9
Ulcération du pénis	0,0	0/501	0,0-0,9
Condylome(s) sur le pénis	0,4	2/501	0,1-1,6
Écoulement urétral	1,0	5/501	0,4-2,5
Examen du scrotum			
Ulcérations du scrotum	0,0	0/501	0,0-0,9
Condylome(s) sur le scrotum	0,2	1/500	0,0-1,3
Examen de la marge anale			
Ulcérations de la marge anale	2,8	14/501	1,6-4,8
Fissures anales	2,0	10/501	1,0-3,8
Écoulements anaux	0,4	2/501	0,1-1,6
Condylome(s) sur la marge anale	4,0	20/501	2,5-6,2
Hémorroïdes	3,2	16/501	1,9-5,3
Examen de la bouche			
Ulcérations des parois de la bouche ou de la langue	0,2	1/501	0,0-1,3
Candidoses buccales	0,2	1/501	0,0-1,3
Kaposi	0,0	0/501	0,0-0,9
Zona	0,2	1/501	0,0-1,3
Traitement en cours			
Traitement antirétroviral en cours	2,0	10/501	1,0-3,8
Traitement des IST			
Traitement syndromique des IST	1,4	7/501	0,6-3,0

- Ciprofloxacine 500 mg dose unique + Doxycycline 200mg/jour pendant 7 jours

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % (méthode de Wilson avec correction de continuité).

4. Premier rapports sexuels

Tableau 18

Premier rapport sexuel

	%	N
Âge au premier rapport sexuel		501
- 14 ans ou moins	37,5	188
- 15-17 ans	33,1	166
- 18-20 ans	24,2	121
- 21 ans ou plus	5,2	26
- <i>âge moyen (en année)</i>	15,1	501
1^{er} rapport sexuel d'abord*		499
- avec un homme (jamais eu de rapport avec une femme)	12,6	63
- avec un homme (bisexuel sur la vie)	31,3	157
- au même âge avec un homme et une femme	12,4	62
- d'abord avec une femme	43,3	217
- <i>écart moyen entre les deux (en années, bisexuels uniquement)</i>	3,6	436

* information manquante pour deux individus.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Tableau 19

Premier rapport sexuel avec un homme et premier rapport sexuel avec une femme

Premier rapport sexuel avec	un homme		une femme [§]	
	%	n	%	n
Âge au premier rapport sexuel##		501		436
- 14 ans ou moins	26,1	131	22,7	99
- 15-17 ans	26,5	133	34,6	151
- 18-20 ans	31,7	159	32,3	141
- 21 ans ou plus	15,6	78	10,3	45
- <i>âge moyen (en années)</i>	16,9	501	16,6	436
Différence d'âge avec le partenaire####		501		434
- Partenaire plus jeune	3,8	19	27,6	120
- Partenaire du même âge (± un an)	24,4	122	52,3	227
- Partenaire plus âgé de 2 à 9 ans	38,9	195	17,3	75
- Partenaire plus âgé de 10 ans ou plus	32,9	165	2,8	12
- <i>différence moyenne (âge partenaire – âge ego)</i>	7,1	501	0,0	434
Utilisation d'un préservatif lors de ce rapport		500		438
- Oui****	35,6	178	22,8	100
A donné quelque chose en échange ?####		501		438
- Non	99,2	497	93,4	409
- Oui, de l'argent	0,8	4	6,2	27
- Oui, un objet	0,0	0	0,5	2
A reçu quelque chose en échange ?####		501		438
- Non	70,5	353	96,6	423
- Oui, de l'argent	26,7	134	3,2	14
- Oui, un objet	2,8	14	0,2	1
Avec quel homme avez-vous eu ce rapport ?†		501		-
- Homme de la famille	12,2	61		
- Collègue de travail	1,4	7		
- Voisin	23,4	117		
- Camarade de classe	2,6	13		
- Camarade d'internat	0,2	1		
- Ami	39,3	197		
- Enseignant / Maître / Professeur	1,4	7		
- Personne inconnue jusque là	14,2	71		
- Autre	5,4	27		
À propos de ce rapport, vous diriez ?‡		501		438
- Je voulais avoir ce rapport.****	38,9	195	64,2	281
- Il/elle m'a convaincu d'avoir ce rapport.****	44,3	222	13,2	58
- Il/elle m'a forcé pour avoir ce rapport.****	9,6	48	1,6	7
- Il/elle voulait avoir ce rapport.****	71,7	359	57,8	253
- Je l'ai convaincu d'avoir ce rapport.****	4,4	22	32,2	141
- Je l'ai forcé pour avoir ce rapport.	0,2	1	0,0	0

[§] sur les 438 individus ayant déjà eu un rapport sexuel avec une femme.

† question posée uniquement pour le premier rapport sexuel avec un homme.

‡ plusieurs réponses possibles.

test du Chi² ; * test de Fisher ; * : p < 0,10 ; ** : p < 0,05 ; *** : p < 0,01 ; **** : p < 0,001.

Tableau 20

Premier rapport sexuel avec un homme et premier rapport sexuel avec une femme (bisexuels sur la vie uniquement)

Premier rapport sexuel avec	un homme		une femme	
	%	n	%	n
Âge au premier rapport sexuel####		438		436
- 14 ans ou moins	24,2	106	22,7	99
- 15-17 ans	26,9	118	34,6	151
- 18-20 ans	31,7	139	32,3	141
- 21 ans ou plus	17,1	75	10,3	45
- <i>âge moyen (en années)••</i>	17,1	438	16,6	436
Différence d'âge avec le partenaire####		438		434
- Partenaire plus jeune	3,9	17	27,6	120
- Partenaire du même âge (± un an)	25,1	110	52,3	227
- Partenaire plus âgé de 2 à 9 ans	38,4	168	17,3	75
- Partenaire plus âgé de 10 ans ou plus	32,6	143	2,8	12
- <i>différence moyenne (âge part. - âge ego)••••</i>	7,0	438	0,0	434
Utilisation d'un préservatif lors de ce rapport		437		438
- Oui****	36,2	158	22,8	100
A donné quelque chose en échange ?#####		438		438
- Non	99,1	434	93,4	409
- Oui, de l'argent	0,9	4	6,2	27
- Oui, un objet	0,0	0	0,5	2
A reçu quelque chose en échange ?####		438		438
- Non	70,1	307	96,6	423
- Oui, de l'argent	27,2	119	3,2	14
- Oui, un objet	2,7	12	0,2	1
Avec quel homme avez-vous eu ce rapport ?†		438		-
- Homme de la famille	12,3	57		
- Collègue de travail	1,6	7		
- Voisin	22,6	99		
- Camarade de classe	2,5	11		
- Camarade d'internat	0,2	1		
- Ami	39,5	173		
- Enseignant / Maître / Professeur	1,1	6		
- Personne inconnue jusque là	14,4	63		
- Autre	5,5	24		
À propos de ce rapport, vous diriez ?‡		438		438
- Je voulais avoir ce rapport.****	39,7	174	64,2	281
- Il/elle m'a convaincu d'avoir ce rapport.****	43,6	191	13,2	58
- Il/elle m'a forcé pour avoir ce rapport.****	8,9	39	1,6	7
- Il/elle voulait avoir ce rapport.****	72,4	317	57,8	253
- Je l'ai convaincu d'avoir ce rapport.****	4,8	21	32,2	141
- Je l'ai forcé pour avoir ce rapport.	0,2	1	0,0	0

63 hommes n'ayant jamais eu de rapport sexuel avec une femme exclus.

† question posée uniquement pour le premier rapport avec un homme. ‡ plusieurs réponses possibles.

test du Chi² ; • test t de Student pour échantillons appariés ; * test exact de Fisher

* : p < 0,10 ; ** : p < 0,05 ; *** : p < 0,01 ; **** : p < 0,001.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Tableau 21

Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel selon l'âge et l'année

Premier rapport sexuel avec	un homme		une femme [§]	
	%	n/N	%	n/N
Ancienneté du 1^{er} rapport sexuel[†]		###		###
- 0-2 ans (2005-2007)	53,8	63/117	44,7	34/76
- 3-5 ans (2002-2004)	43,9	54/123	30,7	35/114
- 6-8 ans (1999-2001)	39,2	29/74	19,9	12/71
- 9-11 ans (1996-1998)	17,0	9/53	19,7	12/61
- 12 ans et plus (1995 et avant)	17,3	23/133	6,1	7/114
Âge au 1^{er} rapport sexuel		###		###
- 14 ans ou moins	11,5	15/131	4,0	4/99
- 15-17 ans	39,1	52/133	22,5	34/151
- 18-20 ans	41,5	66/159	31,2	44/141
- 21 ans ou plus	58,4	45/77	40,0	18/45
Âge actuel		-		-
- 18-19 ans	39,2	38/97	27,2	22/81
- 20-24 ans	36,6	71/194	24,0	40/167
- 25-29 ans	35,1	39/111	25,5	24/94
- 30-34 ans	33,3	22/66	18,5	12/65
- 35 ans et plus	25,0	8/32	6,5	2/31

§ sur les individus ayant déjà eu un rapport sexuel avec une femme.

† âge actuel – âge au 1^{er} rapport sexuel.

Test du Chi² : # p < 0,10 ; ## p < 0,05 ; ### p < 0,01 ; #### p < 0,001.

On constate tout d'abord que le premier rapport sexuel avec un homme est systématiquement plus souvent protégé que le premier rapport sexuel avec une femme.

Par ailleurs, que ce soit avec un homme ou avec une femme, les premiers rapports sexuels récents sont plus souvent protégés que les premiers rapports sexuels anciens. D'autre part, le premier rapport sexuel est plus souvent protégé lorsque l'enquêté est plus âgé au moment de celui-ci.

Cependant, nous avons des effets de sélection importants dans l'échantillon, puisque les premiers rapports sexuels anciens que nous observons correspondent forcément à des premiers rapports sexuels à un jeune âge.

Tableau 22

Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel selon l'âge et l'année (régression logistique binaire)

Premier rapport sexuel avec	un homme		une femme [§]	
	OR	p	OR	p
Ancienneté du 1^{er} rapport sexuel†		0,034		0,088
- 0-2 ans (2005-2007)	1	-	1	-
- 3-5 ans (2002-2004)	0,658	0,171	0,642	0,199
- 6-8 ans (1999-2001)	0,621	0,260	0,278	0,014
- 9-11 ans (1996-1998)	0,197	0,006	0,303	0,060
- 12 ans et plus (1995 et avant)	0,174	0,009	0,097	0,011
Âge au 1^{er} rapport sexuel		0,020		0,106
- 14 ans ou moins	1	-	1	-
- 15-17 ans	3,073	0,003	3,987	0,020
- 18-20 ans	2,574	0,029	5,107	0,015
- 21 ans ou plus	4,334	0,014	6,104	0,044
Âge actuel		0,552		0,501
- 18-19 ans	1	-	1	-
- 20-24 ans	0,991	0,977	0,782	0,530
- 25-29 ans	1,610	0,343	1,506	0,505
- 30-34 ans	2,095	0,268	1,642	0,580
- 35 ans et plus	1,343	0,730	0,803	0,861
Constante	0,376	0,020	0,179	0,006

OR : Odds Ratio

§ sur les individus ayant déjà eu un rapport sexuel avec une femme.

† âge actuel – âge au 1^{er} rapport sexuel.

Néanmoins, lorsque nous réalisons une régression logistique pour contrôler les effets de générations, les deux phénomènes décrits perdurent, mais leur significativité statistique est moins marquée.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Tableau 23

Rapport désiré et rapport contraint selon l'âge au premier rapport sexuel

Premier rapport sexuel avec	un homme		une femme [§]	
	%	n/N	%	n/N
Rapport désiré selon l'âge au 1^{er} rapport		-		-
- 14 ans ou moins	36,6	48/131	59,6	59/99
- 15-17 ans	41,4	55/133	68,9	104/151
- 18-20 ans	37,1	59/159	63,8	90/141
- 21 ans ou plus	42,3	33/78	62,2	28/45
Rapport contraint selon l'âge au 1^{er} rapport		####		###
- 14 ans ou moins	19,1	25/131	5,1	5/99
- 15-17 ans	6,0	8/133	0,0	0/151
- 18-20 ans	7,5	12/159	0,7	1/141
- 21 ans ou plus	3,8	3/78	0,0	0/45

[§] sur les individus ayant déjà eu un rapport sexuel avec une femme.

Test du Chi² : # p < 0,10 ; ## p < 0,05 ; ### p < 0,01 ; #### p < 0,001.

5. Homo-Bisexualité

La question de la bisexualité a fait l'objet d'analyses détaillées avec, notamment, l'élaboration d'une typologie du pôle d'activité sexuelle actuel en six modalités. L'ensemble de ces analyses ont été publiées dans l'article suivant :

Larmarange J., Desgrées du Loû A, Enel C et Wade A pour le groupe ELIHoS. Homosexualité et Bisexualité au Sénégal : Une réalité multiforme. *Population*, in press.

6. Violences

Tableau 24

Violences au cours de la vie

	%	n/N
Premier rapport sexuel avec un homme contraint	9,6	48/501
Premier rapport sexuel avec une femme	1,6	7/438
contraint†		
Au cours de la vie, contraint d'avoir un rapport sexuel	33,1	166/501
<i>dont contraint par un homme</i>	95,8	159/166
1 fois	58,5	93/159
2 à 4 fois	28,9	46/159
5 fois ou plus	12,6	20/159
<i>dont contraint par une femme</i>	7,2	12/166
1 fois	83,3	10/12
2 fois ou plus	16,7	2/12
Si rapport sexuel contraint, âge la première fois :		
14 ans ou moins	27,7	46/166
15-17 ans	27,7	46/166
18-20 ans	26,5	44/166
21 ans ou plus	16,3	27/166
Ne sait pas	1,8	3/166
Physiquement contraint d'avoir un rapport par un policier	3,4	17/501
Physiquement contraint d'avoir un rapport par un maître coranique ou un assistant	1,0	5/501
Agressé physiquement parce qu'ego est HSH	16,4	82/501
<i>agressé par un membre de sa famille</i>	4,9	4/82
<i>agressé par un membre de la communauté</i>	80,5	66/82
<i>agressé par un policier</i>	9,8	8/82
<i>agressé par une personne autre</i>	14,6	12/82
Au moins une de ces violences	34,5	173/501

† 63 hommes n'ont jamais eu de rapport sexuel avec une femme.

7. Dépistage, prévention, accès aux soins et associations

7.1 Dépistage du VIH

Tableau 25

Dépistage du VIH

	%	n/N
Connaît un lieu de dépistage du VIH	84,6	424/501
A déjà effectué un test de dépistage du VIH	58,1	291/501
Occasion du dernier test de dépistage		
<i>Don de sang</i>	0,3	1/290
<i>Après un rapport non protégé</i>	2,8	8/290
<i>Lors d'une campagne de dépistage anonyme et gratuit</i>	16,6	48/290
<i>Décision volontaire</i>	54,1	157/290
<i>Lors d'un suivi médical</i>	3,4	10/290
<i>Sur proposition d'un personnel médical</i>	3,4	10/290
<i>Lors de l'enquête HSH 2004</i>	13,8	40/290
<i>Suite à une action de sensibilisation</i>	1,4	4/290
<i>Autre</i>	4,1	12/290
À quand remonte le dernier test		
<i>Moins de 3 mois</i>	21,0	61/291
<i>Entre 3 et 6 mois</i>	25,1	73/291
<i>Entre 6 et 12 mois</i>	16,5	48/291
<i>Plus d'un an</i>	37,5	109/291
Est retourné chercher les résultats du dernier test	85,9	250/291
Dépisté (est allé chercher le test) et statut VIH†		
<i>Dépisté et VIH+</i>	14,6	73/500
<i>Dépisté et VIH-</i>	35,2	176/500
<i>Non dépisté et VIH+</i>	7,2	36/500
<i>Non dépisté et VIH-</i>	43,0	215/500

† basé sur le statut VIH actuel (test biologique). Il peut donc y avoir des personnes ayant fait précédemment un test négatif et contaminées entre temps. Elles sont alors considérées à tort comme connaissant leur séropositivité.

7.2 Prévention, prise en charge et associations

Tableau 26

Actions de prévention et lieux de prise en charge

	%	n/N
Appartient à une association HSH	40,9	205/501
<i>Prudence</i>	21,0	43/205
<i>Adama</i>	19,0	39/205
<i>Ande Ligue</i>	22,4	46/205
<i>Bok Jeff</i>	1,0	2/205
<i>Autre association</i>	39,0	80/205
A participé à une action de prévention auprès des HSH	58,7	294/501
<i>PNLS</i>	51,0	150/294
<i>ANCS</i>	19,4	57/294
<i>ENDA Santé</i>	44,2	130/294
<i>Association HSH</i>	80,6	237/294
<i>Autre</i>	7,8	23/294
Connaissait avant l'étude un lieu de prise en charge HSH	60,1	301/501
<i>Polyclinique à Dakar (IHS)</i>	79,4	239/301
<i>Hôpital St-Jean de Dieu à Thiès</i>	12,6	38/301
<i>Hôpital Régional de Saint-Louis</i>	6,3	19/301
<i>Poste de Santé de Saly</i>	3,7	11/301
<i>Autre</i>	33,6	101/301
Comment ce lieu de prise en charge a-t-il été connu ?		
<i>Action de prévention orientée vers les HSH</i>	53,5	161/301
<i>Par des amis</i>	70,4	212/301
<i>Par un médecin</i>	12,0	36/301
<i>Autre</i>	5,6	17/301
Est allé au moins une fois dans un lieu de prise en charge	70,4	212/301
Raison de cette visite dans ce lieu de prise en charge		
<i>Suspectait avoir une IST</i>	19,3	41/212
<i>Avais une IST à soigner</i>	11,8	25/212
<i>Pour se faire dépister pour le VIH</i>	51,9	110/212
<i>Demande du (de la) partenaire</i>	7,5	16/212
<i>Autre</i>	39,2	83/212

Tableau 27

Actions de prévention et lieux de prise en charge - Dakar

	%	n/N
Appartient à une association HSH	39,9	122/306
<i>Prudence</i>	35,2	43/122
<i>Adama</i>	30,3	37/122
<i>Ande Ligue</i>	27,9	34/122
<i>Bok Jeff</i>	1,6	2/122
<i>Autre association</i>	8,2	10/122
A participé à une action de prévention auprès des HSH	57,5	176/306
<i>PNLS</i>	52,3	92/176
<i>ANCS</i>	21,6	38/176
<i>ENDA Santé</i>	38,1	67/176
<i>Association HSH</i>	86,4	152/176
<i>Autre</i>	4,5	8/176
Connaissait avant l'étude un lieu de prise en charge HSH	66,7	204/306
<i>Polyclinique à Dakar (IHS)</i>	94,1	192/204
<i>Hôpital St-Jean de Dieu à Thiès</i>	2,0	4/204
<i>Hôpital Régional de Saint-Louis</i>	1,5	3/204
<i>Poste de Santé de Saly</i>	0,0	0/204
<i>Autre</i>	29,9	61/204
Comment ce lieu de prise en charge a-t-il été connu ?		
<i>Action de prévention orientée vers les HSH</i>	42,6	87/204
<i>Par des amis</i>	81,4	166/204
<i>Par un médecin</i>	10,8	22/204
<i>Autre</i>	3,4	7/204
Est allé au moins une fois dans un lieu de prise en charge	80,9	165/204
Raison de cette visite dans ce lieu de prise en charge		
<i>Suspectait avoir une IST</i>	19,4	32/165
<i>Avais une IST à soigner</i>	12,0	20/165
<i>Pour se faire dépister pour le VIH</i>	53,3	88/165
<i>Demande du (de la) partenaire</i>	9,7	16/165
<i>Autre</i>	39,4	65/165

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Tableau 28

Actions de prévention et lieux de prise en charge – Saint-Louis

	%	n/N
Appartient à une association HSH	27,4	26/95
<i>Prudence</i>	0,0	0/26
<i>Adama</i>	3,8	1/26
<i>Ande Ligue</i>	46,2	12/26
<i>Bok Jeff</i>	0,0	0/26
<i>Autre association</i>	50,0	13/26
<i>dont Action Santé</i>	30,1	8/26
A participé à une action de prévention auprès des HSH	44,2	42/95
<i>PNLS</i>	52,4	22/42
<i>ANCS</i>	14,3	6/42
<i>ENDA Santé</i>	61,9	26/42
<i>Association HSH</i>	45,2	19/42
<i>Autre</i>	28,6	12/42
Connaissait avant l'étude un lieu de prise en charge HSH	34,7	33/95
<i>Polyclinique à Dakar (IHS)</i>	48,5	16/33
<i>Hôpital St-Jean de Dieu à Thiès</i>	0,0	0/33
<i>Hôpital Régional de Saint-Louis</i>	36,4	12/33
<i>Poste de Santé de Saly</i>	0,0	0/33
<i>Autre</i>	63,6	21/33
Comment ce lieu de prise en charge a-t-il été connu ?		
<i>Action de prévention orientée vers les HSH</i>	78,8	26/33
<i>Par des amis</i>	48,5	16/33
<i>Par un médecin</i>	18,2	6/33
<i>Autre</i>	9,1	3/33
Est allé au moins une fois dans un lieu de prise en charge	45,5	15/33
Raison de cette visite dans ce lieu de prise en charge		
<i>Suspectait avoir une IST</i>	26,7	4/15
<i>Avais une IST à soigner</i>	13,3	2/15
<i>Pour se faire dépister pour le VIH</i>	33,3	5/15
<i>Demande du (de la) partenaire</i>	0,0	0/15
<i>Autre</i>	40,0	6/15

Tableau 29

Actions de prévention et lieux de prise en charge - Mbour

	%	n/N
Appartient à une association HSH	59,5	25/42
<i>Prudence</i>	0,0	0/25
<i>Adama</i>	4,0	1/25
<i>Ande Ligue</i>	0,0	0/25
<i>Bok Jeff</i>	100,0	25/25
<i>Yeewu Yeete</i>	100,0	25/25
A participé à une action de prévention auprès des HSH	69,0	29/42
<i>PNLS</i>	44,8	13/29
<i>ANCS</i>	10,3	3/29
<i>ENDA Santé</i>	55,2	16/29
<i>Association HSH</i>	89,7	26/29
<i>Autre</i>	0,0	0/29
Connaissait avant l'étude un lieu de prise en charge HSH	57,1	24/42
<i>Polyclinique à Dakar (IHS)</i>	62,5	15/24
<i>Hôpital St-Jean de Dieu à Thiès</i>	8,3	2/24
<i>Hôpital Régional de Saint-Louis</i>	0,0	0/24
<i>Poste de Santé de Saly</i>	45,8	11/24
<i>Autre</i>	50,0	12/24
Comment ce lieu de prise en charge a-t-il été connu ?		
<i>Action de prévention orientée vers les HSH</i>	75,0	18/24
<i>Par des amis</i>	45,8	11/24
<i>Par un médecin</i>	12,5	3/24
<i>Autre</i>	8,3	2/24
Est allé au moins une fois dans un lieu de prise en charge	58,3	14/24
Raison de cette visite dans ce lieu de prise en charge		
<i>Suspectait avoir une IST</i>	14,3	2/14
<i>Avais une IST à soigner</i>	21,4	3/14
<i>Pour se faire dépister pour le VIH</i>	50,0	7/14
<i>Demande du (de la) partenaire</i>	0,0	0/14
<i>Autre</i>	21,4	3/14

Tableau 30

Actions de prévention et lieux de prise en charge - Thiès

	%	n/N
Appartient à une association HSH	55,2	32/58
<i>Prudence</i>	0,0	0/32
<i>Adama</i>	0,0	0/32
<i>Ande Ligue</i>	0,0	0/32
<i>Bok Jeff</i>	0,0	0/32
<i>Autre association</i>	100,0	32/32
<i>dont Xam Xamle</i>	84,3	27/32
A participé à une action de prévention auprès des HSH	81,0	47/58
<i>PNLS</i>	48,9	23/47
<i>ANCS</i>	21,3	10/47
<i>ENDA Santé</i>	44,7	21/47
<i>Association HSH</i>	85,1	40/47
<i>Autre</i>	6,4	3/47
Connaissait avant l'étude un lieu de prise en charge HSH	69,0	40/58
<i>Polyclinique à Dakar (IHS)</i>	40,0	16/40
<i>Hôpital St-Jean de Dieu à Thiès</i>	80,0	32/40
<i>Hôpital Régional de Saint-Louis</i>	10,0	4/40
<i>Poste de Santé de Saly</i>	0,0	0/40
<i>Autre</i>	17,5	7/40
Comment ce lieu de prise en charge a-t-il été connu ?		
<i>Action de prévention orientée vers les HSH</i>	75,0	30/40
<i>Par des amis</i>	47,5	19/40
<i>Par un médecin</i>	12,5	5/40
<i>Autre</i>	12,5	5/40
Est allé au moins une fois dans un lieu de prise en charge	45,0	18/40
Raison de cette visite dans ce lieu de prise en charge		
<i>Suspectait avoir une IST</i>	16,7	3/18
<i>Avais une IST à soigner</i>	0,0	0/18
<i>Pour se faire dépister pour le VIH</i>	55,6	10/18
<i>Demande du (de la) partenaire</i>	0,0	0/18
<i>Autre</i>	50,0	9/18

7.3 Indicateur synthétique

Lorsque l'on croise la connaissance d'un lieu de dépistage, la participation à une action de prévention spécifique HSH et l'appartenance à une association HSH avec des variables de prises de risques, il apparaît que ces trois variables ont un effet très significatif.

Le tableau suivant croise ces trois variables.

Tableau 31

Connaissance d'un lieu de dépistage, participation à une action de prévention spécifique et appartenance à une association HSH

Connaît un lieu de dépistage	A déjà participé à une action de prévention HSH	Membre d'une association		%	n
		HSH			
Non	Non	Non		10,8	54
Non	Non	Oui		1,6	8
Non	Oui	Non		1,8	9
Non	Oui	Oui		1,2	6
Oui	Non	Non		24,1	136
Oui	Non	Oui		1,8	9
Oui	Oui	Non		19,4	97
Oui	Oui	Oui		36,3	182
TOTAL				100,0	501

Il apparaît que :

- Parmi les individus ne connaissant pas un lieu de dépistage, 81 % n'ont jamais participé à une action de prévention et 82 % ne sont pas membres d'une association HSH ;
- 95 % de ceux ayant déjà participé à une action de prévention spécifique HSH connaissent un lieu de dépistage ;
- 92 % des membres d'une association HSH ont déjà participé à une action de prévention spécifique.

Nous suggérons de créer un indicateur synthétique comme suit :

Ne connaît pas un lieu de dépistage ($77/501 = 15,4\%$) ;

Connaît un lieu de dépistage mais n'a jamais participé à une action de prévention HSH ($145/501 = 28,9\%$) ;

Connaît un lieu de dépistage, a participé à une action de prévention spécifique mais n'est pas membre d'une association HSH ($97/501 = 19,4\%$) ;

Connaît un lieu de dépistage, a participé à une action de prévention HSH et est membre d'une association ($182/501 = 36,3\%$).

8. Dernier rapport sexuel

8.1 Type de relation lors du dernier rapport

Tableau 32

Caractéristiques de la relation lors du dernier rapport sexuel

Dernier rapport sexuel avec	un homme		une femme	
	%	n	%	n
Différence d'âge avec le partenaire		500		437
####				
- Partenaire plus jeune de 10 ans ou plus	4,6	23	18,8	82
- Partenaire plus jeune de 2 à 9 ans	16,6	83	52,4	229
- Partenaire du même âge (± un an)	27,6	138	19,5	85
- Partenaire plus âgé de 2 à 9 ans	39,6	198	7,3	32
- Partenaire plus âgé de 10 ans ou plus	11,6	58	2,1	9
Partenaire régulier ou occasionnel		501		438
- Partenaire régulier	57,7	289	56,4	247
- Partenaire occasionnel	42,3	212	43,6	191
Sentiments amoureux pour ce partenaire ##		501		438
- Non	46,3	232	39,7	174
- Oui	53,7	269	60,3	264
Durée de la relation ##		501		438
- Premier rapport sexuel avec ce partenaire	28,7	144	37,7	165
- Moins de trois mois	14,4	72	9,8	43
- Trois à douze mois	20,0	100	20,1	88
- Un an ou plus	36,9	185	32,4	142
Rapport monétarisé ###		501		438
- Non	60,5	303	82,4	361
- Oui, argent donné	6,4	32	13,9	61
- Oui, argent reçu	33,1	166	3,7	16

NB : 63 hommes n'ont jamais eu de rapport sexuel avec une femme.

Test du Chi² : # p < 0,10 ; ## p < 0,05 ; ### p < 0,01 ; #### p < 0,001.

Tableau 33

Caractéristiques de la relation lors du dernier rapport sexuel avec distinction selon le fait d'avoir déjà eu un rapport sexuel avec une femme (pourcentage en colonne)

A déjà eu un rapport sexuel avec une femme ?	non	oui	Oui
Dernier rapport sexuel avec	un homme	une femme	une femme
Différence d'âge avec le partenaire	#		###
- Partenaire plus jeune de 10 ans ou plus	0,0	5,3	18,8
- Partenaire plus jeune de 2 à 9 ans	7,9	17,8	52,4
- Partenaire du même âge (± un an)	30,2	27,2	19,5
- Partenaire plus âgé de 2 à 9 ans	50,8	38,0	7,3
- Partenaire plus âgé de 10 ans ou plus	11,1	11,7	2,1
Partenaire régulier ou occasionnel	-		-
- Partenaire régulier	55,6	58,0	56,4
- Partenaire occasionnel	44,4	42,0	43,6
Sentiments amoureux pour ce partenaire	-		##
- Non	44,4	46,6	39,7
- Oui	55,6	53,4	60,3
Durée de la relation	-		##
- Premier rapport sexuel avec ce partenaire	33,3	28,1	37,7
- Moins de trois mois	20,6	13,5	9,8
- Trois à douze mois	14,3	20,8	20,1
- Un an ou plus	31,7	37,7	32,4
Rapport monétarisé	-		####
- Non	65,1	59,8	82,4
- Oui, argent donné	4,8	6,6	13,9
- Oui, argent reçu	30,2	33,6	3,7

Test du Chi² : - p > 0,10 ; # p < 0,10 ; ## p < 0,05 ; ### p < 0,01 ; #### p < 0,001.

Sont comparés : ceux ayant déjà eu un rapport sexuel avec une femme et ceux n'ayant jamais eu de rapport sexuel avec une femme lors du dernier rapport sexuel avec un homme d'une part ; et le dernier rapport sexuel avec un homme et le dernier rapport sexuel avec une femme parmi ceux ayant déjà eu un rapport sexuel avec une femme.

Lorsque l'on regarde les croisements entre ces différentes variables, il apparaît que la distinction régulier/occasionnel et le fait d'être amoureux sont fortement corrélés l'un à l'autre. Ces deux variables se corrént également bien avec la durée de la relation, avec des distinctions assez marquées entre le premier rapport sexuel avec ce partenaire, les relations de moins d'un an et les relations d'un an ou plus.

Par contre, l'écart d'âge avec le partenaire est relativement distribué entre les différentes combinaisons de type de partenaire.

Les échanges monétaires dans le cadre d'un rapport sexuel renvoient à différentes réalités. Cela peut correspondre à un rapport de type prostitutionnel, mais l'échange de « cadeaux », qui peut prendre la forme de dons monétaires, se rencontre également dans des relations amoureuses stables.

Il nous semble donc opportun de retenir la distinction régulier/occasionnel, le sentiment amoureux et la durée de la relation pour établir une typologie des types de partenaires.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Lorsque l'on croise ces trois variables, les deux catégories qui émergent naturellement sont les deux catégories extrêmes, à savoir *première fois avec ce partenaire / occasionnel / non amoureux* et *un an ou plus / amoureux / régulier*. De cela, on peut en déduire deux catégories intermédiaires bien représentées dans l'échantillon : *partenaire régulier / amoureux / relation inférieure à un an* et *partenaire occasionnel / pas amoureux / relation inscrite dans la durée (ou plusieurs rapports sexuels)*.

Restent alors quelques individus déclarant un partenaire occasionnel dont ils sont amoureux ou bien un partenaire régulier dont ils ne sont pas amoureux. Ces hommes ne sont pas assez nombreux pour que l'on fasse deux catégories distinctes. Dans la mesure où le volet qualitatif a mis en évidence l'importance du sentiment amoureux comme élément de clivage entre stratégies de choix de partenaires et pratiques sexuelles, il nous semble plus adéquat de fusionner ces deux sous-groupes au sein des deux catégories intermédiaires en fonction du sentiment amoureux. Cela nous amène alors à une typologie à 4 modalités.

Tableau 34

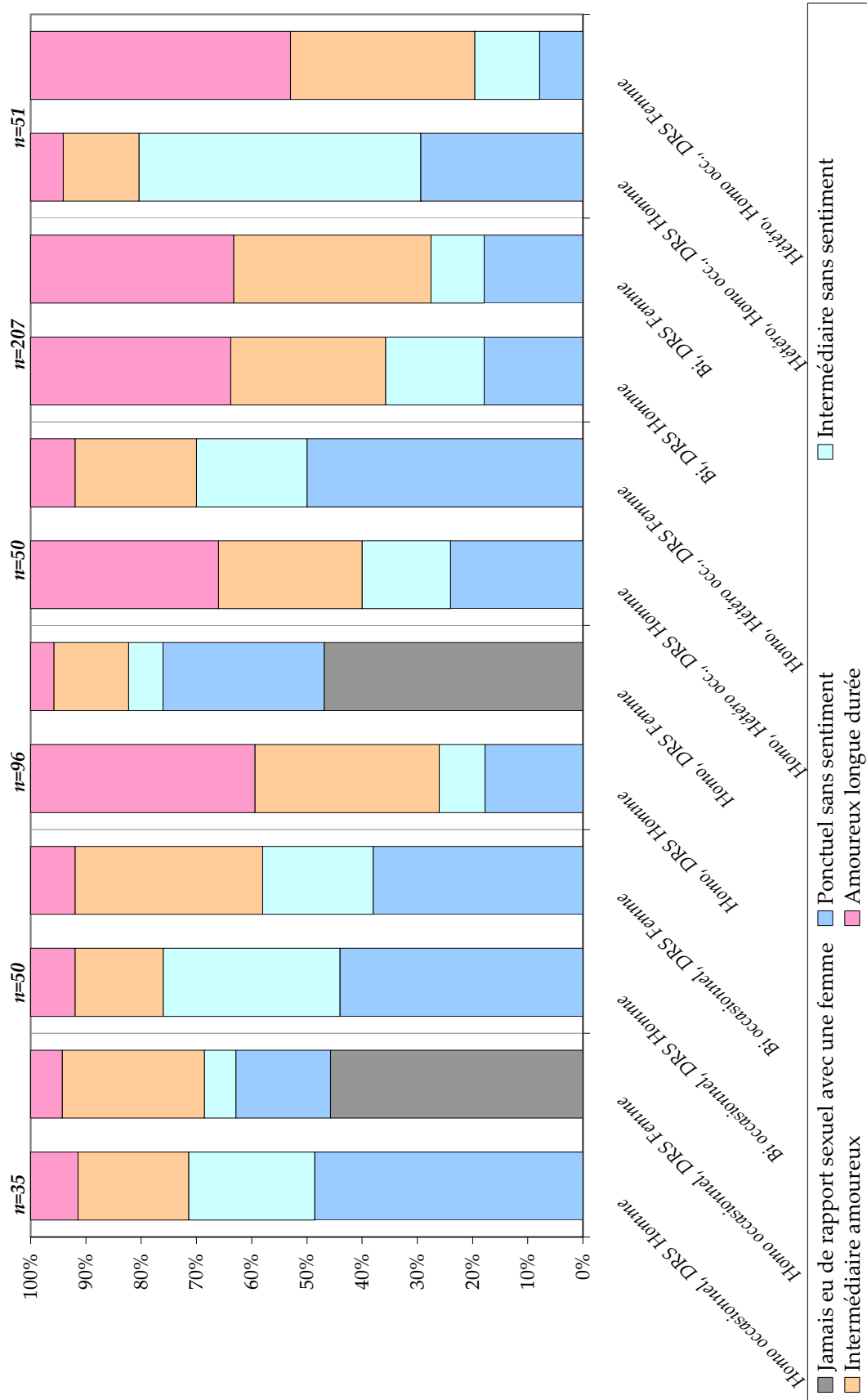
Types de partenaire lors du dernier rapport sexuel

Dernier rapport sexuel avec	un homme		une femme	
	%	n	%	n
1 ^{er} rapport / occasionnel / pas amoureux	24,8	124	27,4	120
Intermédiaire non amoureux	21,6	108	12,3	54
<i>dont occasionnel / non amoureux / > 1 fois</i>	14,0	70	9,4	41
<i>dont régulier / non amoureux</i>	7,6	38	3,0	13
Intermédiaire amoureux	25,0	125	32,9	144
<i>dont régulier / amoureux / < 1 an</i>	21,4	107	26,0	114
<i>dont occasionnel / amoureux</i>	3,6	18	6,8	30
> 1 an / régulier / amoureux	28,7	144	27,4	120
TOTAL	100,0	501	100,0	438

NB : 63 hommes n'ont jamais eu de rapport sexuel avec une femme.

Figure 1

Type de partenaire lors du dernier rapport sexuel selon le pôle d'activité sexuelle actuel détaillé



8.2 Pratiques sexuelles lors du dernier rapport

Tableau 35

Pratiques sexuelles lors du dernier rapport sexuel

	%	N
Dernier rapport sexuel avec un homme		501
- Pénétration active avec préservatif	38,5	193
- Pénétration active sans préservatif	13,4	67
- Pénétration passive avec préservatif	41,3	207
- Pénétration passive sans préservatif	11,6	58
- Fellation avec préservatif	2,4	12
- Fellation sans préservatif	22,4	112
- Annulingus avec protection	0,8	4
- Annulingus sans protection	4,0	20
Dernier rapport sexuel avec une femme		438
- Pénétration vaginale avec préservatif	39,0	267
- Pénétration vaginale sans préservatif	60,7	172
- Fellation avec préservatif	0,0	0
- Fellation sans préservatif	5,7	25
- Pénétration anale avec préservatif	0,2	1
- Pénétration anale sans préservatif	0,7	3

NB : réponses multiples (la somme dépasse 100 %). 63 hommes n'ont jamais eu de rapport sexuel avec une femme.

Nous considérerons trois niveaux de risque :

- *Fort* : dès lors qu'il y a eu au moins une pénétration anale ou vaginale non protégée ;
- *Faible* : s'il y a eu pratique bucco-génitale (fellation ou annulingus) non protégée en l'absence de pénétration anale ou vaginale non protégée ;
- *Nul* : dans tous les autres cas.

Tableau 36

Pratiques sexuelles détaillées lors du dernier rapport sexuel avec un homme

	%	N	Risque
<i>Une pratique</i>			
Pénétration active avec préservatif	24,2	121	Nul
Pénétration active sans préservatif	10,4	52	Fort
Pénétration passive avec préservatif	26,7	134	Nul
Pénétration passive sans préservatif	8,6	43	Fort
Fellation sans préservatif	0,4	2	Faible
<i>Deux pratiques</i>			
Pénétration active avec et sans préservatif	0,4	2	Fort
Pénétration active et passive avec préservatif	2,4	12	Nul
Pénétration active avec et passive sans préservatif	0,6	3	Fort
Pénétration passive avec et sans préservatif	0,6	3	Fort
Pénétration active avec et fellation avec préservatif	0,4	2	Nul
Pénétration passive avec et fellation avec préservatif	1,4	7	Nul
Pénétration active avec et fellation sans préservatif	8,8	44	Faible
Pénétration active sans et fellation sans préservatif	1,4	7	Fort
Pénétration passive avec et fellation sans préservatif	7,0	35	Faible
Pénétration passive sans et fellation sans préservatif	1,0	5	Fort
Annulingus protégé et pénétration active avec préservatif	0,2	1	Nul
Annulingus non protégé et pénétration active avec préservatif	0,2	1	Faible
Annulingus non protégé et pénétration passive avec préservatif	0,6	3	Faible
Annulingus non protégé et pénétration passive sans préservatif	0,2	1	Fort
<i>Trois pratiques</i>			
Pénétration passive avec et sans et active sans préservatif	0,2	1	Fort
Pénétration active avec, passive avec et fellation avec préservatif	0,2	1	Nul
Pénétration active avec, passive avec et fellation sans préservatif	0,6	3	Faible
Annulingus protégé, fellation avec et pén. active avec préservatif	0,2	1	Nul
Annulingus protégé, fellation sans et pén. active avec préservatif	0,2	1	Faible
Annulingus protégé, fellation sans et pén. passive sans préservatif	0,2	1	Fort
Annulingus non protégé, fellation avec et pén. active sans préservatif	0,2	1	Fort
Annulingus non protégé, fellation sans et pén. active avec préservatif	0,8	4	Faible
Annulingus non protégé, fellation sans et pén. active sans préservatif	0,2	1	Fort
Annulingus non protégé, fellation sans et pén. pass. avec préservatif	1,6	8	Faible
Annulingus non protégé, fellation sans et pén. pass. sans préservatif	0,2	1	Fort
TOTAL	100,0	501	

pén. : pénétration / pass. : passive.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Tableau 37

Pratiques sexuelles détaillées lors du dernier rapport sexuel avec une femme

	%	N	Risque
<i>Une pratique</i>			
Pénétration vaginale avec préservatif	56,2	246	Nul
Pénétration vaginale sans préservatif	36,5	160	Fort
Fellation sans préservatif	0,2	1	Faible
Pénétration anale avec préservatif	0,2	1	Nul
Pénétration anale sans préservatif	0,2	1	Fort
<i>Deux pratiques</i>			
Pénétration vaginale avec et sans préservatif	0,9	4	Fort
Fellation sans et pénétration vaginale avec préservatif	3,7	16	Faible
Fellation sans et pénétration vaginale sans préservatif	1,6	7	Fort
Pénétration anale sans et vaginale avec préservatif	1	0,2	Fort
<i>Trois pratiques</i>			
Fellation sans, pénétration anale sans et vaginale sans préservatif	1	0,2	Fort
TOTAL	100,0	438	

63 hommes n'ont jamais eu de rapport sexuel avec une femme.

Tableau 38

Prise de risques lors du dernier rapport sexuel

Dernier rapport sexuel avec	un homme		une femme	
	%	n	%	n
Risque nul	55,7	279	56,4	247
Risque faible ****	20,2	101	3,9	17
Risque fort ****	24,2	121	39,7	174
TOTAL	100,0	501	100,0	438

NB : 63 hommes n'ont jamais eu de rapport sexuel avec une femme.

Test du Chi² : p<0,0001.

Test exact de Fisher unilatéral (comparaison de 2 proportions) :

**** : p<0,001 / *** : p<0,01 / ** : p<0,05 / * : p<0,1.

Tableau 39

Prise de risques lors du dernier rapport sexuel avec un homme selon différentes caractéristiques d'ego, de la relation et du contexte

	Risque Nul	Risque Faible	Risque Fort	n
Caractéristiques sociodémographiques d'ego				
<i>Site d'enquête</i>				
Dakar	56,5	19,6	29,9	306
Saint-Louis	47,4	20,0	32,6	95
Mbour/Thiès	61,0	22,0	17,0	100
<i>Groupes d'âges ####</i>				
18-19 ans	54,6	8,2	37,1	97
20-24 ans	52,6	22,7	24,7	194
25-29 ans	61,3	25,2	13,5	111
30-34 ans	67,2	19,4	13,4	67
35 ans et plus	34,4	25,0	40,6	32
<i>Catégories socioprofessionnelles détaillées #</i>				
Sans activité	46,4	14,4	39,3	28
Élève / étudiant / apprenti	49,2	20,0	30,8	130
Commerçant	57,7	20,6	21,6	97
Profession intermédiaire / enseignant / fonctionnaire	63,2	31,6	5,3	19
Coiffeur / esthéticien / mode / artiste	72,0	12,0	16,0	25
Bar / hôtel / restauration / tourisme	63,6	30,3	6,1	33
Tailleur / couturier / tapissier	60,4	13,2	26,4	53
Ouvrier / artisan / chauffeur	54,3	21,6	24,1	116
<i>Catégories socioprofessionnelles regroupées</i>				
Sans activité	46,4	14,3	39,3	28
Élève / étudiant / apprenti	49,2	20,0	30,8	130
Professions fréquentes parmi les HSH	66,2	24,7	9,1	77
Autres professions	56,8	19,5	23,7	266
<i>Habite avec sa famille</i>				
Non	56,9	17,6	25,5	51
Oui	55,6	20,4	24,0	450
<i>Niveau d'instruction ##</i>				
Aucun	54,3	15,7	30,0	70
Primaire	64,1	16,9	19,0	195
Secondaire	48,3	23,9	27,9	201
Supérieur	54,3	25,7	20,0	35
<i>Appartient à une association HSH ####</i>				
Non	50,7	17,6	31,8	296
Oui	62,9	23,9	13,2	205
<i>A participé à une ou plusieurs actions de prévention auprès de HSH ####</i>				
Non	47,3	15,5	37,2	207
Oui	61,6	23,5	15,0	294
<i>Pôle d'activité sexuelle actuel</i>				
Bi, reg HF	58,9	20,3	20,8	207
Bi, reg H	48,0	30,0	22,0	50
Homo, reg H	54,2	20,8	25,0	96
Bi, reg F	56,9	13,7	29,4	51
Bi, sans reg	62,0	18,0	20,0	50
Homo, sans reg	51,4	20,0	28,6	35

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

	Risque Nul	Risque Faible	Risque Fort	n
<u>Caractéristiques de la relation</u>				
<i>Type de relation</i>				
Ponctuelle sans sentiment	52,4	22,6	25,0	124
Intermédiaire sans sentiment	50,9	22,2	26,9	108
Intermédiaire amoureuse	64,8	17,6	17,6	125
Amoureuse longue durée	54,2	18,8	27,1	144
<i>Amoureux de ce partenaire</i>				
Non	51,7	22,4	25,9	232
Oui	59,1	18,2	22,7	269
<i>Partenaire régulier ou occasionnel</i>				
Partenaire régulier	56,7	19,7	23,5	289
Partenaire occasionnel	54,2	20,8	25,0	212
<i>Durée de cette relation</i>				
C'était la première fois	54,9	22,2	22,9	144
Moins de trois mois	65,3	16,7	18,1	72
Entre trois et douze mois	55,0	22,0	23,0	100
Un an ou plus	53,0	18,9	28,1	185
<i>Écart d'âge avec ce partenaire</i>				
Partenaire plus jeune de 10 ans ou plus	39,1	30,4	30,4	23
Partenaire plus jeune de 2 à 9 ans	56,6	21,7	21,7	83
Partenaire du même âge (± un an)	58,0	13,8	28,3	138
Partenaire plus âgé de 2 à 9 ans	56,6	19,7	23,7	198
Partenaire plus âgé de 10 ans ou plus	51,7	31,0	17,2	58
<i>Connaissance du statut sérologique du partenaire ##</i>				
Non	54,8	19,5	25,7	456
Oui	64,4	26,7	8,9	45
<u>Contexte du rapport sexuel</u>				
<i>Lieu du rapport sexuel ####</i>				
Chez ego	56,2	22,2	21,6	153
Chez le partenaire	57,2	20,7	22,1	271
Lieu public / en extérieur	29,0	6,5	64,5	31
Hôtel / chez un ami	63,0	19,6	17,4	46
<i>Rapport monétarisé #</i>				
Non	53,8	18,2	28,1	303
Oui, argent donné	50,0	28,1	21,9	32
Oui, argent reçu	60,2	22,3	17,5	166
ENSEMBLE	55,7	20,2	24,2	501

Test du Chi² : # p < 0,10 ; ## p < 0,05 ; ### p < 0,01 ; #### p < 0,001.

Globalement, il apparaît que le niveau de protection de la sodomie est élevé parmi les HSH. En effet, seul 25 % des derniers rapports sexuels avec un homme comportent un risque élevé (pénétration anale active ou passive non protégée). À l’opposé, le préservatif a été utilisé dans 75 % des pénétrations anales lors du dernier rapport sexuel³.

La fellation n’a été rapportée que dans un quart des derniers rapports sexuels. Dès lors, elle n’est quasiment jamais protégée (seules 12 fellations sur 124 soit 9,7 % étaient protégées par un préservatif). L’annulingus est une pratique encore plus rare puisqu’elle n’est rapportée que dans moins de 5 % des derniers rapports. Là encore, elle n’est presque jamais protégée (4 annulingus sur 24 soit 16,7 %).

Si l’on compare avec les pratiques sexuelles sur le dernier mois, 391 individus sur 501 (78,0 %) ont eu des rapports sexuels avec un homme sur cette période. Parmi eux, 87,2 % ont pratiqué la sodomie (dont 75,1 % systématiquement protégées), 49,6 % ont pratiqué au moins une fellation (dont 13,2 % systématiquement avec protection) et 14,3 % ont pratiqué un annulingus (dont 8,9 % systématiquement avec protection).

L’utilisation du préservatif pour chacune de ces pratiques s’avère équivalente selon ces deux manières de calculer. La sodomie est donc protégée dans les trois quarts des cas. Les pratiques bucco-génitales ne le sont quant à elle que rarement. La fréquence des pratiques s’avère différente selon que l’on regarde le dernier mois ou le dernier rapport sexuel. Cela peut s’expliquer *a priori* de deux manières. Concernant le dernier rapport sexuel, il peut y avoir une légère surreprésentation des rapports sexuels comportant une sodomie au détriment de rapports sexuels ne comportant que des pratiques bucco-génitales. Ces dernières pouvant être également sous-déclarées lors du dernier rapport sexuel car pas forcément considérées comme des pratiques sexuelles en tant que telles. D’autre part, les pratiques sexuelles sur le dernier mois sont elles aussi sujettes à des biais dans la mesure où elles font plus appel à la mémoire. Il peut sembler en effet plus facile de se rappeler les détails de son dernier rapport sexuel que de l’ensemble de ses pratiques au cours du dernier mois, sans compter qu’il est demandé à l’enquêté de quantifier chacune d’elles.

³ La pénétration anale est une pratique quasi-systématique lors du dernier rapport sexuel. Seuls 2 individus sur les 501 interrogés ne déclarent pas de sodomie lors du dernier rapport sexuel.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Tableau 40

Prise de risques lors du dernier rapport sexuel avec une femme selon différentes caractéristiques d'ego, de la relation et du contexte

	Risque Nul	Risque Faible	Risque Fort	n
Caractéristiques sociodémographiques d'ego				
<i>Site d'enquête</i>				
Dakar	57,5	4,6	37,9	261
Saint-Louis	57,0	3,5	39,5	86
Mbour/Thiès	52,7	2,2	45,1	91
<i>Groupes d'âges #</i>				
18-19 ans	55,6	2,5	42,0	81
20-24 ans	59,3	4,8	35,9	167
25-29 ans	61,7	2,1	36,2	94
30-34 ans	55,4	6,2	38,5	65
35 ans et plus	29,0	3,2	67,7	31
<i>Catégories socioprofessionnelles détaillées #</i>				
Sans activité	36,0	4,0	60,0	25
Élève / étudiant / apprenti	56,6	3,8	39,6	106
Commerçant	54,1	7,1	38,8	85
Profession intermédiaire / enseignant / fonctionnaire	57,9	0,0	42,1	19
Coiffeur / esthéticien / mode / artiste	54,2	4,2	41,7	24
Bar / hôtel / restauration / tourisme	75,9	10,9	13,8	29
Tailleur / couturier / tapissier	52,5	0,0	47,5	40
Ouvrier / artisan / chauffeur	59,1	1,8	39,1	110
<i>Catégories socioprofessionnelles regroupées</i>				
Sans activité	36,0	4,0	60,0	25
Élève / étudiant / apprenti	56,6	3,8	39,6	106
Professions fréquentes parmi les HSH	63,9	5,9	30,6	72
Autres professions	56,2	3,4	40,4	235
<i>Habite avec sa famille</i>				
Non	55,6	6,7	37,8	45
Oui	56,5	3,6	39,9	393
<i>Niveau d'instruction ##</i>				
Aucun	37,7	3,3	59,0	61
Primaire	62,1	3,0	34,9	169
Secondaire	55,9	5,0	39,1	179
Supérieur	65,5	3,4	31,0	29
<i>Appartient à une association HSH</i>				
Non	52,6	4,0	43,5	253
Oui	61,6	3,8	34,6	185
<i>A participé à une ou plusieurs actions de prévention auprès de HSH</i>				
Non	51,1	3,9	44,9	178
Oui	60,0	3,8	36,2	260
<i>Pôle d'activité sexuelle actuel</i>				
Bi	58,5	5,8	35,7	207
Homo, Hétéro occasionnel	56,0	4,0	40,0	50
Homo †	52,9	0,0	47,1	51
Hétéro, Homo occasionnel	54,9	3,9	41,2	51
Bi occasionnel	58,0	2,0	40,0	50
Homo occasionnel †	52,6	0,0	47,4	19

	Risque Nul	Risque Faible	Risque Fort	n
<u>Caractéristiques de la relation</u>				
<i>Type de relation</i>				
Ponctuelle sans sentiment	54,2	2,5	43,3	120
Intermédiaire sans sentiment	57,4	7,4	35,2	54
Intermédiaire amoureuse	57,6	4,9	37,5	144
Amoureuse longue durée	56,7	2,5	40,8	120
<i>Amoureux de cette partenaire</i>				
Non	55,2	4,0	40,8	174
Oui	57,2	3,8	39,0	264
<i>Partenaire régulier ou occasionnel</i>				
Partenaire régulier	57,9	2,8	39,3	247
Partenaire occasionnel	54,5	5,2	40,3	191
<i>Durée de cette relation</i>				
C'était la première fois	51,5	3,0	45,5	165
Moins de trois mois	69,8	4,7	25,6	43
Entre trois et douze mois	58,0	5,7	36,4	88
Un an ou plus	57,0	3,5	39,4	142
<i>Écart d'âge avec cette partenaire ####</i>				
Partenaire plus jeune de 10 ans ou plus	30,5	4,9	64,6	82
Partenaire plus jeune de 2 à 9 ans	59,0	3,1	38,0	229
Partenaire du même âge (± un an)	67,1	3,5	29,4	85
Partenaire plus âgée de 2 à 9 ans	71,9	6,2	21,9	32
Partenaire plus âgée de 10 ans ou plus	66,7	11,1	22,2	9
<i>Connaissance du statut sérologique de la partenaire</i>				
Non	56,5	4,0	39,5	430
Oui	50,0	0,0	50,0	8
<u>Contexte du rapport sexuel</u>				
<i>Lieu du rapport sexuel</i>				
Chez ego	55,7	3,8	40,5	291
Chez la partenaire	55,1	2,9	42,0	69
Lieu public / en extérieur	50,0	10,0	40,0	10
Hôtel / chez un ami	61,8	4,4	33,8	68
<i>Rapport monétarisé</i>				
Non	55,1	3,3	41,6	361
Oui, argent donné	65,6	6,6	27,9	61
Oui, argent reçu	50,0	6,2	43,8	16
ENSEMBLE	56,4	3,9	39,7	438

Test du Chi² : # p < 0,10 ; ## p < 0,05 ; ### p < 0,01 ; #### p < 0,001.

63 hommes n'ont jamais eu de rapport sexuel avec une femme au cours de leur vie.

† calculé pour les hommes ayant eu au moins un rapport sexuel avec une femme au cours de leur vie.

8.3 Facteurs de risques lors du dernier rapport sexuel

Une analyse détaillée des facteurs de non utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel a été décrite dans l'article suivant :

Larmarange J, Wade A, Diop A, Diop O, Gueye K, Marra A et Desgrées du Loû A pour le groupe ELIHOS. Men who have sex with men (MSM) and risk factors associated with last sexual intercourse with a man and with a woman in Senegal. *Soumis à PLoS One.*

9. Pratiques sexuelles sur le dernier mois

Tableau 41

Pratiques sexuelles sur le dernier mois selon l'année d'enquête

Pratique		fréquence			dont protection systématique		
		%	(n/N)	p-value	%	(n/N)	p-value
avec un homme							
rapport anal insertif	2004	44,3	195/440	0,0187	45,1	88/195	<0,0001
	2007	39,1	196/501		77,6	152/196	
rapport anal réceptif	2004	35,5	156/440	0,0380	39,7	62/156	<0,0001
	2007	39,5	198/501		75,3	149/198	
rapport anal (2 sens)	2004	64,8	285/440	0,0577	41,8	119/285	<0,0001
	2007	68,1	341/500		75,1	256/341	
fellation	2004	41,4	182/440	0,1179	11,0	20/182	0,1314
	2007	39,3	197/501		13,2	26/197	
annulingus	2004	-			-		
	2007	11,2	56/501		8,9	5/56	
masturbation	2004	-			-		
	2007	19,4	97/501		n. c.		
partouze	2004	-			-		
	2007	5,2	26/501		61,5	16/26	
rapport monétarisé (argent reçu)	2004	23,0	101/440	0,0396	32,7	33/101	<0,0001
	2007	26,5	133/501		72,2	96/133	
rapport monétarisé (argent donné)	2004	5,5	24/440	0,2397	29,2	7/24	<0,0001
	2007	5,2	26/501		84,6	22/26	
avec une femme							
pénétration vaginale	2004	33,6	148/440	0,0562	47,3	70/148	0,0013
	2007	30,3	152/501		61,2	93/152	
rapport monétarisé (argent reçu)	2004	3,0	13/440	0,0031	30,8	4/13	0,0644
	2007	0,8	4/501		75,0	3/4	
rapport monétarisé (argent donné)	2004	4,3	19/440	0,2682	52,6	10/19	0,1797
	2007	4,2	21/501		61,9	13/21	
avec un homme et une femme							
pén. anale avec un homme et vaginale avec une femme	2004	23,0	101/440	0,1027	32,7	33/101	<0,0001
	2007	21,0	105/501		61,0	64/105	

- : non mesuré en 2004. • n. c. : non concerné • pén. : pénétration • Kaolack exclu en 2004.
p-value : test Taillard de comparaison 2004-2007 de deux proportions.

Tableau 42

Liens entre pratique de la fellation et pratique de la sodomie avec un homme, au cours du dernier mois

Au cours du dernier mois, avec un homme	%	N
<i>Pas de rapport anal</i>	31,9	160
- pas de fellation	98,8	158
- fellation(s) donnée(s)	0,0	0
- fellation(s) reçue(s)	0,0	0
- fellations donnée(s) et reçue(s)	1,3	2
<i>Rapport(s) anal(s) actif(s) uniquement</i>	28,5	143
- pas de fellation	46,2	66
- fellation(s) donnée(s)	2,8	4
- fellation(s) reçue(s)	34,3	49
- fellations donnée(s) et reçue(s)	16,8	24
<i>Rapport(s) anal(s) passif(s) uniquement</i>	28,9	145
- pas de fellation	43,4	63
- fellation(s) donnée(s)	29,0	42
- fellation(s) reçue(s)	11,0	16
- fellations donnée(s) et reçue(s)	16,6	24
<i>Rapports anaux actif(s) et passif(s)</i>	10,6	53
- pas de fellation	32,1	17
- fellation(s) donnée(s)	11,3	6
- fellation(s) reçue(s)	15,1	8
- fellations donnée(s) et reçue(s)	41,5	22
<i>Ensemble</i>	100,0	501
- pas de fellation	60,7	304
- fellation(s) donnée(s)	10,4	52
- fellation(s) reçue(s)	14,6	73
- fellations donnée(s) et reçue(s)	14,4	72

10. Liste des tableaux et figures

Tableau 1	<i>Caractéristiques sociodémographiques des échantillons des deux enquêtes</i>	27
Tableau 2	<i>Caractéristiques sociodémographiques, Kaolack exclu</i>	28
Tableau 3	<i>Age des enquêtés et classes d'âges de leurs partenaires sexuels en 2007</i>	29
Tableau 4	30
Tableau 5	<i>Prévalence du VIH et de différentes IST à Dakar</i>	30
Tableau 6	<i>Prévalence du VIH et de différentes IST à Saint-Louis</i>	31
Tableau 7	<i>Prévalence du VIH et de différentes IST à Mbour/Thiès</i>	31
Tableau 8	<i>Prévalences du VIH par caractéristiques sociodémographiques</i>	32
Tableau 9	<i>Probabilité d'être VIH+ selon différentes caractéristiques sociodémographiques, selon l'année d'enquête (régressions logistiques binaires)</i>	33
Tableau 10	<i>Probabilité d'être VIH+ selon différentes caractéristiques sociodémographiques, bases 2004 et 2007 fusionnées (régression logistique binaire)</i>	34
Tableau 11	<i>Probabilité d'être VIH+ selon différentes caractéristiques sociodémographiques, bases 2004 et 2007 fusionnées (régression logistique binaire), selon le site</i>	35
Tableau 12	<i>Prévalences de HSV2 par caractéristiques sociodémographiques</i>	36
Tableau 13	<i>Prévalences du VHB par caractéristiques sociodémographiques</i>	37
Tableau 14	<i>Matrice des coinfections en 2004</i>	38
Tableau 15	<i>Matrice des coinfections en 2007</i>	38
Tableau 16	<i>Détail des coinfections VIH et IST en 2007</i>	39
Tableau 17	<i>Données de la fiche clinique, 2007</i>	40
Tableau 18	<i>Premier rapport sexuel</i>	41
Tableau 19	<i>Premier rapport sexuel avec un homme et premier rapport sexuel avec une femme</i>	42
Tableau 20	<i>Premier rapport sexuel avec un homme et premier rapport sexuel avec une femme (bisexuels sur la vie uniquement)</i>	43
Tableau 21	<i>Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel selon l'âge et l'année</i>	44
Tableau 22	<i>Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel selon l'âge et l'année (régression logistique binaire)</i>	45
Tableau 23	<i>Rapport désiré et rapport contraint selon l'âge au premier rapport sexuel</i>	46
Tableau 24	<i>Violences au cours de la vie</i>	48
Tableau 25	<i>Dépistage du VIH</i>	49

Rapport Scientifique - Enquête ELIHoS

Tableau 26 <i>Actions de prévention et lieux de prise en charge</i>	50
Tableau 27 <i>Actions de prévention et lieux de prise en charge - Dakar</i>	51
Tableau 28 <i>Actions de prévention et lieux de prise en charge – Saint-Louis</i>	52
Tableau 29 <i>Actions de prévention et lieux de prise en charge - Mbour</i>	53
Tableau 30 <i>Actions de prévention et lieux de prise en charge - Thiès</i>	54
Tableau 31 <i>Connaissance d'un lieu de dépistage, participation à une action de prévention spécifique et appartenance à une association HSH</i>	55
Tableau 32 <i>Caractéristiques de la relation lors du dernier rapport sexuel</i>	56
Tableau 33 <i>Caractéristiques de la relation lors du dernier rapport sexuel avec distinction selon le fait d'avoir déjà eu un rapport sexuel avec une femme (pourcentage en colonne)</i>	57
Tableau 34 <i>Types de partenaire lors du dernier rapport sexuel</i>	58
Tableau 35 <i>Pratiques sexuelles lors du dernier rapport sexuel</i>	60
Tableau 36 <i>Pratiques sexuelles détaillées lors du dernier rapport sexuel avec un homme</i>	61
Tableau 37 <i>Pratiques sexuelles détaillées lors du dernier rapport sexuel avec une femme</i>	62
Tableau 38 <i>Prise de risques lors du dernier rapport sexuel</i>	62
Tableau 39 <i>Prise de risques lors du dernier rapport sexuel avec un homme selon différentes caractéristiques d'ego, de la relation et du contexte</i>	63
Tableau 40 <i>Prise de risques lors du dernier rapport sexuel avec une femme selon différentes caractéristiques d'ego, de la relation et du contexte</i>	66
Tableau 41 <i>Pratiques sexuelles sur le dernier mois selon l'année d'enquête</i>	68
Tableau 42 <i>Liens entre pratique de la fellation et pratique de la sodomie avec un homme, au cours du dernier mois</i>	69
Figure 1 <i>Type de partenaire lors du dernier rapport sexuel selon le pôle d'activité sexuelle actuel détaillé</i>	59

III. L'enquête auprès des partenaires féminines

Cette partie a été rédigée par Catherine Enel. Les résultats correspondants sont décrits en détail dans l'article

Enel C, Larmarange J, Desgrées du Loû A, Wade AS. Bisexualité au Sénégal : qui sont les partenaires féminines des homosexuels masculins ? in C. Broqua et F. Eboko eds, *La fabrique des identités sexuelles*, Autrepart, 2009, 49 pp.103-116

1. La méthodologie

La méthode de travail adoptée pour ce volet qualitatif a été l'entretien exploratoire. Ce type d'entretien ne pouvant se mener à l'aide d'un questionnaire très structuré, avec des questions fermées, mais devant au contraire laisser une grande souplesse au processus de questions-réponses et fonctionner sur le mode de la relance permanente, chaque enquêté a été considéré comme un cas singulier, ce qui a imposé d'adapter constamment le questionnement aux réponses données.

Deux missions de collecte ont été nécessaires pour réaliser un nombre suffisant d'entretiens : 12 femmes déclarées partenaires féminines et 12 hommes ayant déclaré une ou plusieurs partenaires féminines. Cette collecte a été réalisée en 2007.

Les personnes enquêtées ont été recrutées à partir de l'enquête quantitative épidémiologique et comportementale : lorsque, dans le questionnaire quantitatif, les hommes déclaraient des rapports sexuels avec des hommes et des femmes, on leur demandait leur accord pour prendre rendez-vous pour un entretien et pour un entretien avec une partenaire féminine qu'ils avaient déclarée.

L'entretien a été présenté aux partenaires féminines comme s'inscrivant dans le cadre d'une étude concernant la santé de la reproduction. Les questions ont porté sur quelques caractéristiques sociodémographiques (âge, statut matrimonial, histoire génésique, niveau d'instruction, profession, lieu d'habitation). Puis ont été explorés : le type de relation entretenue avec l'homme référent, la sexualité éventuelle dans cette relation et dans d'autres relations, la contraception, l'expérience de grossesses et d'IST. Enfin, ont été abordées : la perception de leur propre risque en matière d'IST et de VIH et la connaissance éventuelle de l'existence d'autres fréquentations sexuelles de l'homme référent, ou du partenaire sexuel s'il ne s'agissait pas du même individu. À aucun moment, il n'a été fait allusion aux pratiques homosexuelles de l'homme référent.

Les questions aux hommes ont porté sur la compréhension spontanée du terme "partenaire féminine", le type de relations entretenues avec chacune des femmes déclarées "partenaire féminine", l'implication ou non de rapports sexuels, la protection éventuelle de ces rapports, et les différences d'attitude et de stratégie en fonction du type de relation.

Tous les entretiens ont été enregistrés, après accord de la personne à enquêter qui avait été au préalable informée oralement des modalités de l'enquête et avait signé le consentement éclairé. Aucun document n'a été remis à l'enquêté. Les consentements signés sont archivés

Rapport Scientifique - Enquête ELIHoS

à la Division IST/Sida. Les personnes ayant accepté l'entretien se sont vu attribuer une prime de transport, rebaptisée "prime de motivation" lorsque l'équipe d'enquête s'est déplacée à domicile. Chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité lorsqu'il a été mené en français ; quand il y a eu traduction, seule la partie en français a été retranscrite. Cette transcription a été réalisée en fichier Word, anonymisée, codée par mots-clés et résumée. L'enregistrement a systématiquement été effacé une fois la transcription achevée.

2. Les résultats

L'analyse des entretiens révèle un large éventail de types de partenariat que reflètent d'ailleurs les termes utilisés pour désigner les différentes partenaires, certains aux contours parfois flous. Les déclarations concernant les relations entretenues avec les femmes confirment qu'une partenaire féminine déclarée n'est pas obligatoirement une partenaire sexuelle et que les partenaires sexuelles effectives, notamment épouses et prostituées, ne sont pas systématiquement considérées comme « partenaire féminine ». Ceci conduit à souligner l'ambiguïté du terme du questionnaire comportemental des enquêtes de 2004 et 2007 et à réfléchir sur la portée de la terminologie utilisée dans de telles études.

IV. L'enquête auprès des institutions

Cette partie de la recherche a été réalisée et rédigée par le Dr Abdoulaye Wade et M. Amsata Sene.

Les résultats obtenus sont issus d'entretiens menés auprès des différents responsables de programme :

- **ANCS** : Monsieur Alioune Badara SOW
- **Enda Santé** : Ndèye Marième NDAO
- **CTA** : Dr Ndèye Fatou NGOM

et de leaders associatifs appartenant aux associations suivantes (on maintiendra ici leur anonymat) :

- Association **ADAMA**
- Association **ENDĚLIGUEY**
- Association **PRUDENCE**

1. Aperçu général des interventions en cours en matière de prévention des IST et du VIH auprès des HSH au Sénégal

1.1. ANCS

- L'ANCS est pionnière dans le ciblage des HSH. Leurs interventions ont démarré en 1999 avec cette cible.
- En 2006-2007, l'ANCS a intégré un prestataire HSH au sein de son équipe technique pour améliorer la qualité de l'appui technique aux organisations de HSH.

L'ANCS collabore avec deux associations de HSH : ENDEÏLIGUEY (depuis 2000) et ADAMA (depuis 2003).

Les activités menées par l'ANCS sont :

- l'organisation et la tenue de 2 ateliers sur le renforcement de capacité et le plaidoyer regroupant trois associations : ENDEÏLIGUEY, ADAMA et PRUDENCE ;
- la facilitation et la mise en place des collectifs d'associations des HSH à Kaolack, Saint-Louis et Thiès où la présence des HSH est très significative ;
- la formation et le renforcement des capacités de leaders HSH et des réseaux sur la prévention (ateliers avec des leaders HSH sur le counseling, les soins et le soutien en matière des IST/VIH/Sida) ;
- la sensibilisation (discussion de groupe, vidéos, débats, groupes de soutien), IEC (Information, Éducation, Communication) pour l'amélioration des comportements de santé sexuelle ; mise à disposition de condoms et lubrifiants pour les HSH ;
- l'identification des besoins des HSH en matière de condoms et lubrifiants, l'approvisionnement et l'achat de condoms, la distribution de ceux-ci.

L'ANCS accompagne ces associations dans le cadre d'un soutien psychosocial ainsi que par des activités telles que les visites à domicile, les visites dans les prisons, la mise à disposition des boîtes à image pour les activités d'IEC/CCC par rapport aux différentes pratiques sexuelles et leurs conséquences. Elle anime des causeries éducatives et des projections de films sur l'anatomie et l'hygiène de l'anus, les aspects cognitifs liés au VIH, les messages préventifs : le sexe sécuritaire, la distribution des préservatifs et des lubrifiants.

Actuellement l'ANCS est finalise un module de formation sur la discrimination et la stigmatisation. Dans un proche avenir, elle organisera un atelier de formation de formateurs des leaders HSH sur la stigmatisation et la discrimination. Les leaders formés seront chargés d'animer ce module auprès de leurs pairs.

1.2. ENDA SANTÉ

ENDA SANTÉ est un organisme de lutte contre le VIH et son rôle est de contribuer à la réduction de la transmission de la maladie. C'est pour cette raison qu'il travaille avec les groupes vulnérables ou à haut risque comme les HSH où la prévalence du VIH est très élevée.

Cependant, pour atteindre ses objectifs avec cette cible, il devra mettre de côté certains préjugés ou croyances qui pourraient constituer un obstacle dans la prise en charge des HSH.

ENDA SANTÉ collabore avec quatre associations de HSH au Sénégal. Un plan d'action trimestriel est élaboré par ces associations et soumis à ENDA SANTÉ. À la fin de chaque trimestre chacune de ces associations présente un bilan d'activité. Enda accompagne les actions des leaders HSH dans l'identification des priorités. Elle intervient également dans les régions avec les structures de santé pour les prestations de soins et le dépistage volontaire en faveur des HSH (les lieux de dépistage étant choisis par les leaders HSH). ENDA SANTÉ fait également du plaidoyer en faveur des HSH. Les principales zones d'interventions d'ENDA SANTÉ pour le plaidoyer et la prise en charge des HSH sont Dakar, Saint-Louis, Thiès et Ziguinchor.

Les raisons qui ont amené ENDA SANTÉ à s'intéresser davantage à la problématique des HSH sont entre autres :

- la faible prévalence nationale de 0,7 % corrélée à la très forte prévalence de 21 % parmi les HSH ;
- le fait qu'au Sénégal la loi interdit l'homosexualité en la qualifiant de relations contre nature ;
- la stigmatisation et la marginalisation des HSH au sein de la société ;
- les HSH, comme les prostituées ou travailleuses du sexe (TS), sont devenues des groupes à risque par rapport au VIH/Sida ;
- leur faible niveau de connaissance des IST/VIH/Sida.

Dans le cadre de la prévention, ENDA-SANTÉ appuie principalement les associations de HSH sur la communication pour un changement de comportement pour aider ceux-ci à réduire leur prise de risque d'infection aux IST/VIH/Sida. Le plaidoyer pour une politique auprès des prestataires de service de santé par la formation et les actions de sensibilisation. Elle intervient aussi dans le cadre de renforcement de capacités par la formation des leaders parmi les HSH afin d'accroître leurs connaissances en matière de prévention de VIH/Sida, la formation et l'appui à l'endroit des pairs éducateurs, la mise sur pied d'une source d'échange d'informations et d'accès à cette information par les HSH, l'organisation de causeries et de projections de films sur les IST/VIH/Sida, l'organisation de journées de dépistage volontaire et anonyme (dépistage au niveau des structures sanitaires en stratégie fixe) et l'approvisionnement gratuit de préservatifs et lubrifiants.

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

Dans le cadre des activités de prise en charge médicale et psychosociale, ENDA-SANTÉ :

- aide à l'achat des ordonnances pour les infections opportunistes
- assure l'accompagnement/soutien des personnes infectées ou affectées (visites à domicile, visites intra-hospitalières et en milieu carcéral).

Il existe un protocole d'accord entre ENDA SANTÉ et le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) pour la prise en charge médicale des IST, des infections opportunistes, ainsi que dans la prise en charge des analyses et des bilans pour les HSH vivant avec le VIH/Sida.

Les résultats obtenus par ENDA SANTÉ sur les deux dernières années sont les suivants :

- 193 HSH ont été formés sur le safer sex et sur les IST/Sida ;
- 80 HSH ont été accompagnés vers le dépistage volontaire du VIH avec une prévalence de 20 % ;
- appui pour les bilans paramédicaux, achat d'ordonnances pour les infections opportunistes et appui logistique pour le transport des volontaires au dépistage ;
- distribution de 1000 préservatifs et de dosettes de gel lubrifiant à base d'eau ;
- 14 activités de prévention rapprochées touchant 400 HSH (2 activités de renforcement de la prévention secondaire) ;
- 102 visites à domicile ;
- 2 visites en milieu carcéral (l'homosexualité est encore considérée comme un délit au Sénégal ;
- 4 groupes de paroles en milieu ouvert hospitalier (CTA) avec 32 HSH impliqués ;
- 1 atelier de plaidoyer avec les structures sanitaires spécialisées pour une meilleure implication et une prise en charge médicale des HSH sans stigmatisation, ni discrimination.

1.3 CTA (Centre de Traitements Ambulatoires)

Les HSH disposent d'un dossier médical confidentiel et bénéficient de consultations médicales et psychosociales. L'autre activité dans ce volet d'intervention est constituée par les groupes de soutien (groupes de parole) aidés par un membre du staff médical et un animateur HSH. Des séances individuelles sont également organisées pour ceux qui préfèrent ne pas participer aux activités en groupe. Les objectifs spécifiques de ces séances sont de créer et de stimuler les groupes comme ressource en sensibilisation et prévention des IST/VIH et en comportement de recherche de santé ; accroître la prise de conscience des situations à risque particulières aux HSH ; améliorer les connaissances et les méthodes de traitement des IST/Sida ; renforcer leurs compétences dans la négociation, la capacité d'approvisionnement et d'utilisation correcte du condom.

Les paquets de services minimum offerts par le CTA sont :

- les consultations médicales ;
- le suivi des patients sous ARV ;
- le conseil de dépistage ;
- l'éducation thérapeutique ;
- l'éducation nutritionnelles et les démonstrations culinaires.

Au niveau de cette structure il y a 3 médecins pour 1800 patients suivis dont 1200 sous ARV. Le Centre de Traitement Ambulatoire suit de façon régulière 126 patients HSH dont environ 65 sous ARV.

1.4. Association ENDÉLIGUEY

L'association ENDÉLIGUEY a été la première association de HSH créée en 1999. Elle a démarré ses activités la même année avec 1110 membres actifs. Au départ il s'agissait d'un réseau informel regroupant un représentant de chacune des 11 régions du Sénégal, développant des activités dans le champ du VIH/SIDA.

Les activités :

- médiation : les médiations sont faites lorsqu'un membre rencontre des difficultés au sein de sa famille par rapport à son orientation sexuelle. Un soutien est ainsi apporté à ce dernier afin de le soulager et de créer du même coup une solidarité entre les membres ;
- l'accompagnement des personnes incarcérées pour tous les actes contre nature. Les membres apportent rapidement une assistance juridique en sa faveur ;
- facilitation de l'accès aux soins.

Il a fallu trois ans pour que l'association puisse avoir une reconnaissance juridique en 2002 en qualité d'association de lutte contre le Sida et les Droits humains. Avec cette reconnaissance juridique, certaines cellules régionales affiliées ont été transformées en association.

Aujourd'hui ENDÉLIGUEY collabore avec ENDA SANTÉ, l'ANCS et d'autres associations de la place. Elle mène les mêmes activités que les autres associations de HSH de lutte contre le Sida au niveau de Dakar et dans les régions.

Difficultés/contraintes

- grande précarité des membres ;
- forte stigmatisation et discrimination ;
- violence policière ;
- arrestation et emprisonnement de certains membres ;

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

- manque de siège.

Perspectives

- intensifier le plaidoyer pour une reconnaissance juridique en tant qu'association de HSH ;
- avoir un siège pour l'association ;
- former les leaders en leadership ;
- mettre à disposition de fonds pour la réalisation d'AGR (activités génératrices de revenus) pour les membres de l'association.

1.5 Association ADAMA

Elle a été créée le 10 mai 2000 et compte actuellement 27 membres actifs. Elle est dirigée par un bureau de 5 membres dont un président, un vice-président, un secrétaire général, un secrétaire à l'organisation et un secrétaire à la communication. Dans le cadre de la mobilisation sociale, l'association est parvenue à mobiliser 300 HSH répartis entre Dakar et sa banlieue.

L'objectif visé par l'association est de réduire la propagation des IST/VIH/Sida au sein des communautés homosexuelles du Sénégal. Les activités menées dans le cadre de la lutte contre le Sida sont :

- la mobilisation sociale (orientation vers les centres de dépistage et de prise en charge des IST/VIH/Sida ;
- l'organisation de causeries éducatives par les pairs éducateurs ;
- l'organisation de visites à domicile ;
- l'organisation de séances de dépistage volontaire en collaboration avec Enda Santé
- la participation aux ateliers de formation organisés par ENDA SANTÉ ;
- la réalisation de campagne de mobilisation et de sensibilisation.

Les stratégies utilisées pour la réalisation de leurs activités à l'endroit des HSH, sont : l'effet boule de neige et l'Internet.

ENDA SANTÉ apporte un soutien technique et financier pour la réalisation de ces différentes activités.

Difficultés/Contraintes

- rejet par la famille et l'environnement proche ;
- manque de siège ;

- inexistence de fonds pour la réalisation des activités génératrices de revenus ;
- stigmatisation, discrimination, violences, etc.

Perspectives

- avoir un siège pour l'association et du matériel didactique ;
- avoir un appui financier pour la création d'AGR pour les jeunes HSH ;
- faire du plaidoyer au niveau des autorités pour la reconnaissance juridique ;
- mettre en place un système de réseautage ;
- prévoir des jumelages entre les associations.

Analyse des forces et faiblesses des ONG partenaires et des associations de HSH de lutte contre les IST/VIH/Sida au niveau du Sénégal :

Les forces

- existence d'une bonne collaboration entre les ONG qui interviennent et les associations de HSH ;
- les Associations HSH ont une grande capacité de mobilisation et d'orientation des HSH vers le dépistage ;
- la capacité de distribution de préservatifs et de lubrifiants ;
- elles ont pu mettre en place des groupes de paroles des HSH PvVIH (personnes vivant avec le VIH) par la création d'un système par binôme.

Les faiblesses :

- multiplication d'associations des HSH (enjeux) ;
- dispersion des actions des ONG agissant dans la lutte contre le Sida au sein de la communauté HSH ;
- manque de coordination entre les ONG, ce qui crée un manque de synergie d'action ;
- crise de confiance entre les leaders HSH et leur communauté suite à des désinformations.

Les recommandations

- impliquer les leaders HSH dans la gestion, c'est-à-dire les responsabiliser davantage en tant qu'acteurs ;

Enquête ELIHoS - Rapport Scientifique

- étendre les interventions dans les prisons ;
- renforcer les capacités des leaders HSH par la formation en leadership ;
- faire un plaidoyer pour la sensibilisation des politiques, des religieux et de la société ;
- mettre en place un système de réseautage sous-régional et interafricain des associations HSH de lutte contre le SIDA en vue d'échanger des expériences sur les bonnes pratiques ;
- faciliter les stages de formation, d'échange d'expériences Sud-Sud et Nord-Sud.

En conclusion sur l'offre de services orientés vers les HSH au Sénégal...

Au niveau de l'offre de services, on constate un accroissement du nombre de prestataires de soins formés sur la prise en charge des HSH et de plus en plus une décentralisation des centres de prise en charge des HSH qui sont actuellement au nombre de 19. Ces centres ont permis de prendre en charge en 2007 plus de 1500 HSH. Cela permet de rejoindre les besoins en santé sexuelle des HSH, de réduire l'incidence des IST/VIH au niveau de la communauté HSH, et en conséquence de réduire la progression du VIH au sein de cette population passereselle et hautement vulnérable.

Au niveau de la couverture, on note une émergence des associations HSH dans les régions, ce qui permet de toucher la communauté HSH à travers ses nombreuses ramifications, et même les HSH non associatifs.

Au niveau des interventions, on constate une diversification des aires thématiques couvertes par les interventions, mais les efforts restent centrés sur l'idée de continuum de soins de prévention et de traitement. Beaucoup d'acteurs s'investissent de plus en plus dans la problématique du VIH chez les HSH de telle sorte que la question figure en bonne place dans l'agenda du Fonds Mondial, de FHI/USAID, de la Banque Mondiale. Actuellement les acteurs à l'unisson comprennent que le maintien des acquis engrangés durant plus de deux décennies passe par une meilleure prise en charge des groupes hautement vulnérables dont les HSH.

2. Les insuffisances et les limites des interventions de prévention

Les HSH restent toujours fortement stigmatisés. Des croyances fautes de représentations assez négatives sur l'homosexualité développent la stratégie de repli des HSH sur eux-mêmes. Très peu d'interventions mettent l'accent sur la transformation de l'environnement par les stratégies de plaidoyer.

Les compétences techniques nationales sur les stratégies pour aborder le stigma et la discrimination sont encore faibles. La stigmatisation des HSH existe encore à plusieurs niveaux y compris dans les structures sanitaires.

Les interventions ne couvrent pas toutes les zones du Sénégal. Avec le projet Fonds Mondial, ENDA intervient à travers trois régions : Dakar, Saint-Louis et Thiès. Les stratégies et approches adoptées pour intervenir auprès de ce groupe sont la prévention, la réduction de risque et la prise en charge psychosociale et médicale des HSH. Pour ce qui est de la prise en charge sanitaire, il existe quelques structures de référence pour les HSH (Polyclinique et CTA) à Dakar. Ceci nous amène à dire qu'il faudrait une décentralisation des structures sanitaires et un peu plus de prestataires de santé engagés pour une bonne prise en charge médicale de ce groupe.

3. Conclusions et Recommandations

L'efficacité de ces interventions peut se mesurer à plusieurs niveaux :

- Au niveau des associations de HSH et des leaders HSH : ils ont reçu des renforcements de capacités très diversifiées de sorte que de plus en plus de leaders HSH émergent et participent même à l'élaboration des documents hautement stratégiques au niveau national.
- Plusieurs HSH sont devenus des personnes ressources (médiateurs en santé, facilitateurs d'ateliers et de processus, etc) et sont invités à partager leurs expériences avec les ONG nationales dans la sous-région et même en Europe.
- Le niveau de connaissance du VIH semble avoir considérablement augmenté mais devra être confirmé par une enquête.
- Certaines organisations de HSH sont dorénavant plus structurées et respectent les principes de la bonne gestion et la bonne gouvernance.
- Nous pouvons dire que ces programmes sont efficaces dans la mesure où ils ont permis à bon nombre de HSH d'adopter des comportements sexuels à moindre risque mais aussi à la formation des leaders en IST et VIH pour qu'ils puissent servir de relais dans leur communauté et sensibiliser leurs pairs HSH.

L'amélioration passera par les actions suivantes :

- Les forces de l'ordre devraient être davantage ciblées par les actions de plaidoyer et de sensibilisation, de même que les leaders religieux.
- Les interventions devraient accorder plus de place à la lutte contre la pauvreté. Ce qui permettrait de réduire la vulnérabilité économique des HSH et en conséquence leur vulnérabilité au VIH.
- Les interventions sont centrées sur une perspective de santé publique et non de droits humains, pour éviter les réactions négatives de l'environnement au risque de compromettre les avancées significatives. Cela n'est pas suffisamment ni clairement expliqué aux HSH.
- L'amélioration de la qualité de ces interventions passe forcément par l'harmonisation des interventions et la globalisation de la prise en charge.
- Des espaces de dialogue et de convergences ainsi que des coalitions multisectorielles et pluridisciplinaires autour des HSH.
- Faciliter les visites d'échange et l'apprentissage horizontal entre les HSH du Sénégal et ceux des autres pays.
- Adresser le lien entre HSH, TS et usagers de drogues.
- Il faudra également élargir ce dispositif de prévention dans toutes les zones du Sénégal et harmoniser les interventions.

V. Valorisation

Articles

Enel C, Larmarange J, Desgrées du Loû A, Wade AS. À propos des partenaires féminines des hommes ayant des pratiques homosexuelles au Sénégal. in C. Broqua et F. Eboko eds, *La fabrique des identités sexuelles, Autrepart*, 2009, 49, pp.103-116.

Wade A, Larmarange J, Diop AK, Diop O, Gueye K, Marra A, Sene A, Enel C, Ba S, Niang Diallo P, Toure Kane NC, Mboup S, Desgrées du Loû A. Reduction in risk-taking behaviors among MSM in Senegal between 2004 and 2007 and prevalence of HIV and other STIs. ELIHoS Project, ANRS 12139. *Aids Care*. 2009, in press.

Larmarange J., Desgrées du Loû A, Enel C et Wade A pour le groupe ELIHoS. Homosexualité et Bisexualité au Sénégal : Une réalité multiforme. *Population*. 2009, in press.

Larmarange J, Wade A, Diop A, Diop O, Gueye K, Marra A et Desgrées du Loû A pour le groupe ELIHOS. Men who have sex with men (MSM) and risk factors associated with last sexual intercourse with a man and with a woman in Senegal. *Soumis à PLoS One*.

Communications à des colloques

Desgrées du Loû A., Wade A., Mboup S. Presentation ELIHoS. Séminaire « Essais d'intervention et méthodes quasi expérimentales en santé publique. Intérêts et limites pour la recherche sur le VIH/sida et les hépatites virales » ANRS, Paris, 15-16 janvier 2008.

Wade AS, Larmarange J, Diop AK, Diop O, Gueye K, Marra A, Sene A, Enel C, Ba S, Niang Diallo P, Toure Kane NC, Mboup S, Desgrées du Loû A. Reduction of risk behaviors among MSM in Senegal after targeted prevention interventions, ELIHoS, ANRS 12139. *XVII International AIDS Conference, Mexico, August 2008* (poster THPE0349).

Enel C, Larmarange J, Wade AS, Desgrées du Loû A. Les identités sexuelles des MSM et de leurs partenaires : une grande complexité de situations au Sénégal. *Communication orale au XVIIIème Congrès de l' AISLF « Sexualité, cultures et liens sociaux » (7-11 juillet 2008, Istanbul).*

Wade AS, Larmarange J, Diop AK, Diop O, Gueye K, Marra A, Ndawinz J, Sene A, Enel C, Ba S, Niang Diallo P, Toure Kane NC, Mboup S, Desgrées du Loû A. Diminution des prises de risque chez les HSH au Sénégal entre 2004 et 2007. Projet ELIHoS, ANRS 12139. *Communication orale – CISMA, 3-7 décembre 2008, Dakar, Sénégal. Prix Aides-ANRS*

Larmarange J, Enel C, Wade A et Desgrées du Loû pour le groupe ELIHoS, ANRS 12139. Homo-bisexualité masculine et prise de risque lors du dernier rapport sexuel avec un homme et avec une femme au Sénégal. *Communication orale – CISMA, 3-7 décembre 2008, Dakar, Sénégal.*

Larmarange J, Desgrées du Loû A, Enel C, Wade AS pour le groupe ELIHoS, ANRS 12139. Diversité des homo-bisexualités au Sénégal et exposition au VIH *Soumission au Congrès VIH francophone Casablanca 2010*

VI. Questionnaire de l'enquête ELIHoS