

**ANALYSE DE LA SITUATION SUR LA  
PROBLEMATIQUE DES MINORITES SEXUELLES ET  
VIH/SIDA DANS LE CONTEXTE DU TOGO**

**RAPPORT D'ANALYSE**

**Réalisé par :**

ME- TAHI Bla Hortense, PharmD., MPH, consultant principal  
ANATO Simplicite, consultant local

Rédigé en Février 2010

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES .....	III
LISTE DES TABLEAUX.....	V
LISTE DES GRAPHIQUES .....	VI
LISTE DES ANNEXES.....	VI
SIGLES ET ABBREVIATIONS .....	VII
REMERCIEMENTS .....	VIII
RÉSUMÉ.....	IX
INTRODUCTION.....	XII
PREMIERE PARTIE : L'ÉTUDE .....	1
I.    OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....	2
I-1- Objectif général.....	2
I-2-Objectifs spécifiques .....	2
II.   RESULTATS ATTENDUS .....	2
III.  DEFINITION .....	4
IV.   METHODOLOGIE.....	4
IV-1- Orientation et contact initial.....	4
IV-2-Ethnographie .....	5
IV-3-Enquête quantitative .....	6
V.    QUESTIONS ETHIQUES .....	8
VI.   LIMITES DE L'ÉTUDE.....	9
DEUXIÈME PARTIE: RÉSULTATS .....	10
I.    CARTOGRAPHIE.....	11
II.   DEGRE D'ORGANISATION ET RESEAUTAGE .....	11
III.  IMAGE DES MSM DANS LA SOCIETE .....	12
IV.   IDENTITE DES MSM.....	13
V.    VULNERABILITE .....	14
V-1-Les connaissances.....	14
V-2-  Les perceptions/ attitudes .....	22
V-3- La Consommation de drogues .....	26
VI.   STIGMATISATION ET DISCRIMINATION DE L'HOMOSEXUALITE.....	27
VI-1-Stigmatisation et discrimination par l'Etat.....	27
VI-2-Stigmatisation et discrimination par les individus .....	27
VI-3-Stigmatisation et discrimination par le personnel de santé .....	28
VI-4-Les violences sexuelles .....	28
VI-5-La perception de la stigmatisation par les MSM.....	29
VII.  LES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUES .....	30
VII-1-Nombre de partenaires sexuels hommes.....	30
VII-2-Rapports sexuels avec des femmes .....	32
VII-3-Utilisation de condom au cours des rapports homosexuels .....	33
VII-4-Utilisation de lubrifiant au cours des rapports homosexuels .....	35
VII-5-Rapports sexuels et argent.....	39
VIII. INDICATEURS UNGASS .....	40
VIII-1-Testing .....	40
VIII-2-Couverture .....	42
VIII-3-Connaissance en matière de prévention de la transmission du VIH.....	43
VIII-4-Comportement .....	44
VIII-5-Prévalence des IST et du VIH .....	45

IX.	LES BESOINS SPECIFIQUES EN MATIERE DE PREVENTION DES IST ET VIH/SIDA ET DE PRISE EN CHARGE .....	46
X.	STRATEGIE D’OFFRE DE SERVICES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE PROXIMITE DANS UN CADRE DE CONFIDENTIALITE ADAPTEE AUX MSM.....	49
	X-1-Prévention du VIH.....	49
	X-2-Prise en charge du VIH.....	50
XI.	REPNSES AU VIH PAR RAPPORT AUX MSM .....	51
	XI-1-Réponse communautaire .....	52
	XI-2-Réponse du milieu sanitaire .....	53
	CONCLUSION .....	54
	RECOMMANDATIONS.....	57
	RÉFÉRENCES.....	i
	ANNEXES .....	ii

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartitions des enquêtés selon les caractéristiques socio-démographiques	14
Tableau 2: Connaissance du sida selon les caractéristiques socio-démographiques .....	18
Tableau 3: Connaissance de l'abstinence selon les caractéristiques socio-démographiques .....	19
Tableau 4 : Connaissance du condom selon les caractéristiques socio-démographiques .....	21
Tableau 5 : Tolérance face au sida selon les caractéristiques socio-démographiques ....	22
Tableau 6: Répartition des enquêtés selon la consommation de la drogue et certaines caractéristiques socio-démographiques.....	27
Tableau 7: Répartitions des enquêtés ayant déjà été forcé de coucher avec quelqu'un..	28
Tableau 8: Répartition des enquêtés selon les personnes qui les ont forcés de coucher la dernière fois et selon certaines caractéristiques socio-démographiques .....	29
Tableau 9: Répartition des enquêtés selon le nombre de partenaires hommes et la région / le niveau d'instruction.....	30
Tableau 10: Répartition des enquêtés selon le nombre de partenaires hommes et certaines caractéristiques socio-démographiques au moment de l'enquête .....	31
Tableau 11: Répartition des enquêtés selon le nombre de partenaires femmes et certaines caractéristiques socio-démographiques au moment de l'enquête .....	32
Tableau 12: Répartition des enquêtés selon l'utilisation du condom au premier rapport sexuel avec un homme et certaines caractéristiques socio-démographiques .....	33
Tableau 13: Répartition des MSM ayant utilisé un condom à leur dernier rapport homosexuel selon le niveau d'instruction et la région de résidence.....	34
Tableau 14: Répartition des MSM par lieu d'achat du condom pour leur dernier rapport selon le niveau d'instruction et la région de résidence .....	35
Tableau 15: Répartition des enquêtés selon l'utilisation d'un gel lubrifiant au premier rapport sexuel avec un homme et certaines caractéristiques socio-démographiques.....	36
Tableau 16: Répartition des enquêtés utilisant un gel lubrifiant de bonne qualité au premier rapport sexuel avec un homme selon certaines caractéristiques socio-démographiques .....	36
Tableau 17: Répartition des MSM ayant utilisé un gel lubrifiant à leur dernier rapport selon le niveau d'instruction et la région de résidence .....	37
Tableau 18: Répartition des MSM par lieu d'achat du condom pour leur dernier rapport selon le niveau d'instruction et la région de résidence .....	38
Tableau 19: Répartition des enquêtés utilisant un gel lubrifiant de bonne qualité au dernier rapport sexuel avec un homme selon certaines caractéristiques socio-démographiques .....	38
Tableau 20: Répartition des enquêtés ayant déjà payé de l'argent pour avoir des rapports sexuels .....	39
Tableau 21: Répartition des enquêtés ayant déjà reçu des cadeaux ou de l'argent pour avoir des rapports sexuels .....	40
Tableau 22: Répartition des enquêtés déclarant avoir fait le test de dépistage durant les 12 derniers mois .....	41
Tableau 23: Répartition des enquêtés déclarant avoir pris le résultat parmi ceux qui ont fait le test de dépistage durant les 12 derniers mois.....	41
Tableau 24: Répartition des enquêtés déclarant avoir fait le test de dépistage et pris le résultat durant les 12 derniers mois.....	42

Tableau 25 : Répartition des enquêtés ayant été atteints par les programmes de VIH/sida .....	43
Tableau 26: Répartition des enquêtés connaissant les modes de prévention et de transmission du VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques.....	44
Tableau 27: Répartition des enquêtés déclarant avoir utilisé des préservatifs au cours du dernier rapport sexuel.....	45
Tableau 28: Répartition des enquêtés ayant eu une IST au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques socio-démographiques .....	46
Tableau 29: Récapitulatif de l'accessibilité des MSM aux informations sur les IST (surtout anales et buccales), le VIH, le dépistage et la prise en charge .....	47

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Pourcentage des MSM ayant entendu parler des IST .....	15
Graphique 2: Pourcentage des MSM ayant cités des IST .....	15
Graphique 3: Pourcentage des MSM ayant cités des signes IST chez les femmes.....	16
Graphique 4: Pourcentage des MSM ayant cités des signes IST chez les hommes.....	17
Graphique 5: Répartition en (%) des MSM selon la connaissance de l'abstinence.....	18
Graphique 6: répartition des MSM selon la connaissance de la fidélité comme moyen de prévention.....	20
Graphique 7 : Répartition des MSM selon la connaissance de le condom comme moyen de prévention (en %) .....	21
Graphique 8: Répartition des MSM selon leur perception sur les moyens de prévention du sida .....	23
Graphique 9 : Répartition des MSM selon leur perception sur les moyens d'éviter d'attraper le sida .....	24

## LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire pour la collecte des données auprès des MSM : 'Analyse de la situation sur la problématique des minorités sexuelles et VIH/sida dans le contexte du Togo'	- i
Annexe 2: Guide pour les groupes de discussion avec les HSH	xv
Annexe 3: Revue des journaux togolais sur le sujet des HSH	xxviii
Annexe 4: Tableau récapitulatif des informations donnés par les MSM au cours des focus groupes selon le groupe d'âge et la ville	xxxii
Annexe 5 Répartition en (%) des MSM par ville d'enquête	xxxiv

## **SIGLES ET ABBREVIATIONS**

<b>ACS</b>	Action Contre le sida
<b>AFP</b>	Agence France Presse
<b>AMC</b>	Aide Médicale et Charité
<b>CAP</b>	Connaissances Attitudes et Pratiques
<b>CCC</b>	Connaissance pour le Changement de Comportement
<b>CNLS</b>	Conseil National de Lutte contre le Sida
<b>EPG</b>	Educateurs de Pairs Gays
<b>EVT</b>	Espoir et Vie Togo
<b>HSH</b>	Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
<b>IDU</b>	Utilisateurs de Drogues Injectables
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MSM</b>	Men who have Sex with Men
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>PEC</b>	Prise En Charge
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PSI</b>	Populations Services International
<b>PVVIH</b>	Personnes Vivant avec le VIH
<b>RDS</b>	Respondent Driven Sampling
<b>TS</b>	Travailleurs (ses) du Sexe
<b>UNGASS</b>	Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

## REMERCIEMENTS

Au terme de cette étude, les consultants voudraient adresser leurs sincères remerciements aux institutions, organisations et personnes suivantes pour leur contribution à l'étude :

- ✓ le Conseil National de Lutte contre le Sida ;
- ✓ PSI Togo ;
- ✓ les agents de saisie, les statisticiens, les sociologues ;
- ✓ les pairs éducateurs gays de PSI ;
- ✓ les leaders religieux (catholiques, protestants et musulmans) ;
- ✓ les représentants de : la chefferie traditionnelle - le système étatique (le secteur de la justice et de la sécurité et le secteur de la santé) -les intervenants du secteur de santé auprès des MSM pour leur participation aux focus groupes ;
- ✓ et surtout la communauté des MSM des villes de Lomé, Tsévié, Atakpamé, Sokodé, Kara, Kpalimé, Aného et Dapaong et de tout le Togo pour leur participation directe ou indirecte à cette étude.

Nos remerciements vont également à tous les individus qui ont participé à cette recherche.

Cette étude a été financée par le PNUD et l'ONUSIDA.



# RÉSUMÉ

**Introduction :** Vingt huit ans après la découverte du 1er cas de VIH chez des patients homosexuels, le VIH est devenu dans le monde un véritable problème de santé publique. En 2007, près de 33 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde.

L 'Afrique subsaharienne abrite 67 % de toutes ces personnes et trois quarts de tous les décès dus au sida se sont produits dans la région.

Avec une prévalence nationale estimée à 3,2%, le Togo est caractérisée par une épidémie de type généralisé avec des disparités régionales assez importantes variant de 6,7% en région maritime au Sud à 1,4% dans les Savanes au Nord.

Comme pour toute l'Afrique subsaharienne, les rapports hétérosexuels restent le moteur de l'épidémie. Néanmoins, de récentes données épidémiologiques ont révélé que l'épidémie de la région est beaucoup plus hétérogène qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici. Plusieurs études récentes suggèrent que les rapports sexuels anaux sans protection entre hommes sont probablement un facteur plus important dans les épidémies d'Afrique subsaharienne qu'on ne le pense généralement.

Malheureusement, force est de constater que l'homosexualité a été longtemps considérée comme inexistante en Afrique. Les rapports sexuels entre hommes, étant généralement niés par la société.

Face à cette évidence, de ce groupe à risque dans l'épidémie du VIH que constituent les MSM, il est urgent de ne plus négliger le groupe des MSM et chercher à le comprendre en l'identifiant, en définissant des approches adaptées et en fournissant des données.

Ainsi, le Togo comme d'autres états africains, ayant bien compris que pour une riposte efficace au VIH, il est nécessaire de prendre en compte la cible des MSM, a décidé d'inclure la cible dans ses politiques nationales.

L'objectif général de cette étude est de faire une analyse situationnelle sur la problématique des minorités sexuelles et VIH/sida dans le contexte du Togo dans 8 villes du pays (Lomé Tsévié, Atakpamé, Sokodé, Kara, Kpalimé, Aného et Dapaong).

Les objectifs spécifiques sont de décrire la vulnérabilité des MSM au Togo , d'évaluer les connaissances et attitudes des MSM vis-à-vis du VIH/sida, présenter les besoins spécifiques en matière de prévention des IST et VIH/sida et de prise en charge de ce groupe , proposer une stratégie d'offre de services de prévention et de prise en charge de proximité dans un cadre de confidentialité adaptée à ce groupe et formuler des recommandations pour une meilleure participation des MSM à la réponse à VIH.

**Méthodes :** L'étude est basée sur les résultats issus de :

- ✓ la collecte de données ethnographiques auprès de 174 MSM et 7 (sept) groupes d'acteurs clés de la population (les leaders religieux catholiques, protestants et musulmans, la chefferie traditionnelle, le système étatique le secteur de la justice/ sécurité et le secteur de la santé et les intervenants du secteur de santé auprès des MSM) ;
- ✓ et d'une enquête quantitative dans 8 villes du pays (Lomé, Tsévié, Atakpamé, Sokodé, Kara, Kpalimé, Aného et Dapaong) auprès de 630 MSM.

**Résultats principaux :** Les MSM avaient une enfance sans particularité. Leur nombre n'est pas connu et les estimations fournies sont toutes différentes.

Les lieux de regroupement des MSM sont autant des endroits publics que privés, sans exclusivité et ils disposent de plusieurs moyens de communications entre eux.

La connaissance des IST est relative, seulement 16 % connaissent les signes d'IST chez l'homme au niveau anal.

La quasi-totalité (99,4%) a déjà entendu parler du VIH/sida et la majorité (98,7%) pense qu'on peut faire quelque chose pour ne pas attraper le Sida. Le niveau de tolérance envers les PV VIH est assez élevé (85,4%).

Environ, 18,3% de MSM ont affirmé avoir déjà consommé de la drogue sans précision de la nature.

Le contexte des droits humains est défavorisant, les actes homosexuels entre adultes consentants sont réprimés par la loi ; 16,5% des MSM ont déjà été victimes de violences sexuelles dont le principal responsable est le partenaire sexuel, un ami ou des membres de leurs familles.

Au niveau de la communauté togolaise, la pratique est très mal perçue avec le déni, l'ignorance et les violences verbales.

La stigmatisation par le personnel de santé n'a pas été signalée.

Au moment de l'enquête, le nombre médian de partenaires sexuels hommes était de 2 et la moitié des MSM avaient des rapports sexuels avec au moins 1 femme. L'utilisation du condom au cours des rapports homosexuels variait énormément entre 33% au cours du 1er rapport sexuel de nature homosexuel versus 71,7% au cours du dernier rapport homosexuel.

40,9% ont eu recours au lubrifiant au 1er rapport sexuel de nature homosexuel dont seulement 13,1% qui étaient du lubrifiant adapté versus 73,2 % de recours systématique au lubrifiant dont 61,4 % de lubrifiant adapté au cours du dernier rapport homosexuel.

26,3% avaient déjà payé de l'argent pour avoir des rapports sexuels et 46,2% avaient déjà reçu des cadeaux ou de l'argent pour faire des rapports sexuels avec quelqu'un.

Les indicateurs UNGASS donnent 52,9% des MSM ayant fait leur test de dépistage de VIH/sida et pris le résultat au cours des 12 derniers mois ; 12,9 % ayant été atteints par les programmes VIH en direction des gays en 2009 ; 54,9% de MSM connaissant les modes de prévention et de transmission du VIH ; 72,9% de MSM ayant utilisé des condoms lors du dernier rapport sexuel avec un homme et 8,6% de MSM ayant eu une IST au cours des 12 derniers mois.

La réponse au VIH/sida par le système sanitaire public est absente et faible au niveau communautaire (ONG). Il ya une inadéquation entre les informations de prévention et la pratique homosexuelle.

La couverture des interventions en direction des MSM est faible ; la disponibilité et l'accessibilité des gels lubrifiants est faible/difficile;

La Stratégie d'offre de services implique donc la formation du personnel de santé et des actions pour impliquer aussi bien la communauté générale que la communauté MSM du Togo. Cette offre de service devra être adaptée à la pratique sexuelle homme-homme d'une part, respecter le caractère confidentiel et non stigmatisant d'autre part et améliorer les services tels que délivrés actuellement.

## **Recommandations/conclusions :**

Pour une riposte efficace au VIH, le Togo devra :

- ✓ inclure la cible des MSM dans ses politiques nationales ;
- ✓ soutenir et renforcer les interventions en cours auprès des MSM;
- ✓ mettre en place des activités de prévention adaptée aux comportements des MSM;
- ✓ mettre en place des mécanismes pour la distribution et le marketing social des condoms et gels lubrifiants à base d'eau auprès des MSM. ;
- ✓ définir un paquet minimum des activités pour les interventions auprès des MSM;
- ✓ travailler sur le contexte et améliorer le respect des droits humains;
- ✓ mettre en place un système de collecte de données ;
- ✓ faire la recherche opérationnelle pour mieux connaître la population.

# INTRODUCTION

Depuis la découverte du 1er cas de VIH chez des patients homosexuels à San Francisco en 1981 (1), le VIH reste un problème de santé mondial d'une portée sans précédent. Depuis le début de l'épidémie, 25 millions de personnes sont décédées de causes liées au VIH.

A l'échelle mondiale, on estime en 2007 à 33 millions [30 millions-36 millions] de personnes vivant avec le VIH et 2,7 millions [2,2 millions-3,2 millions] le nombre annuel des nouvelles infections. L'Afrique subsaharienne abrite 67 % de toutes ces personnes.

Avec une prévalence nationale estimée à 3,2%(2), le Togo est caractérisée par une épidémie de type généralisé avec des disparités régionales assez importantes variant de 6,7% en région maritime au Sud à 1,4% dans les Savanes au Nord.

Comme pour toute l'Afrique subsaharienne, les rapports hétérosexuels restent le moteur de l'épidémie. Néanmoins, de récentes données épidémiologiques ont révélé que l'épidémie de la région est beaucoup plus hétérogène qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici. Plusieurs études récentes suggèrent que les rapports sexuels anaux sans protection entre hommes sont probablement un facteur plus important dans les épidémies d'Afrique subsaharienne qu'on ne le pense généralement. (3)

En effet, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM) en Afrique ont 3,8 fois IC 95% [3.3-4.8] plus de chance d'avoir l'infection à VIH comparé aux autres régions du monde (4); une prévalence plus élevée que la prévalence nationale dans la population générale (5-8) et des risques individuels plus grands.

Ces risques sont associés à la pratique sexuelle anale et aux autres comportements à risque tels que le multipartenariat sexuel, les rapports sexuels avec des femmes et des hommes, l'utilisation inconstante du condom au cours des rapports sexuels et la non utilisation de lubrifiant au cours des rapports sexuels anaux (9).

Le risque d'acquisition du VIH étant estimé à 50 pour 10 mille pour un rapport anal réceptif, 6,5 pour 10 mille pour un rapport anal insertif et 10 pour mille expositions pour un rapport vaginal. Les risques au cours des rapports sexuels sont cumulatifs(10).

En plus des comportements individuels à risques, des facteurs de risque influencent la vulnérabilité des MSM.

Sous formes de violence sexuelle, physique, verbale ou de déni et d'ignorance, la stigmatisation- discrimination est le principal facteur de risque pour les MSM en Afrique (9).

Malheureusement, force est de constater que l'homosexualité a été longtemps considérée comme inexistante en Afrique. Les rapports sexuels entre hommes, étant généralement niés par la société, peu d'études se sont penchés sur la question. (2) La première étude sur les rapports entre hommes en Afrique a été publiée en 2005 (3).

Face à cette évidence, de ce groupe à risque dans l'épidémie du VIH que constituent les MSM, il est urgent de ne plus négliger le groupe des MSM et chercher à le comprendre en l'identifiant, en définissant des approches adaptées et en fournissant des données.

Ainsi, le Togo comme d'autres Etats africains, ayant bien compris que pour une riposte efficace au VIH, il est nécessaire de prendre en compte la cible des MSM, a décidé d'inclure cette cible dans ses politiques nationales. Pour ce faire, une analyse de la situation auprès des MSM s'impose.

Cette analyse permettra de documenter le niveau de risque des MSM et de comprendre la stigmatisation envers les MSM pour la mise en place d'interventions spécifiques et adaptées aux MSM dans le contexte du Togo.

# **PREMIERE PARTIE : L'ÉTUDE**

# **I. OBJECTIFS DE L'ETUDE**

## **I-1- Objectif général**

Contribuer à une meilleure connaissance de la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Togo pour la mise en place d'un programme de prévention adaptée à leurs besoins.

## **I-2-Objectifs spécifiques**

1. Décrire la vulnérabilité des MSM au Togo :
  - ✓ le niveau de risque des MSM par la prévalence du VIH, la prévalence des IST et les comportements sexuels à risque pratiqués par les MSM au Togo ;
  - ✓ la stigmatisation envers les MSM.
2. Evaluer les connaissances et attitudes des MSM vis-à-vis du VIH/sida ;
3. Présenter les besoins spécifiques en matière de prévention des IST et VIH/sida et de prise en charge de ce groupe ;
4. Proposer une stratégie d'offre de services de prévention et de prise en charge de proximité dans un cadre de confidentialité adaptée à ce groupe ;
5. Formuler des recommandations pour une meilleure participation des MSM à la réponse à VIH ainsi que pour la définition d'une stratégie de réponse appropriée aux MSM au niveau national.

# **II. RESULTATS ATTENDUS**

Un document d'étude CAP et épidémiologique sur les HSH est disponible. Il renseignera sur les aspects suivants afin de mieux appréhender leurs facteurs de risque et de vulnérabilité :

- 1- La cartographie de leurs sites de rassemblement est disponible (Situation/ identification HSH/ minorités sexuelles, en général et en lien avec le VIH/sida
  - a. Cartographie HSH essentiellement en milieu urbain (LOME, TSEVIE, ATAKPAME, SOKODE, KARA, KPALIME, ANEHO, DAPAONG) ;
  - b. Degré d'organisation MS/HSH et leur réseautage, moyens de communication interne au groupe ;
  - c. Identité des HSH : métier/ profession, classe/ statut social, âge.
- 2- Vulnérabilité
  - a. Les connaissances VIH ;
  - b. Les perceptions/ attitudes.
- 3- Stigma discrimination (degré):

- a. Image dans la société des HSH ;
  - b. Attitude leaders religieux, politiques, traditionnels, communautaires, intellectuels, société/ population générale ;
  - c. Appréciation HSH vis-à-vis HSH/ au Togo ;
  - d. Analyse médias, journaux, télé sur HSH ;
  - e. Sensibilité personnel de santé ;
  - f. Violences sexuelles.
- 4- Risques
- a. Les comportements individuels à risques
    - i. Comportements et pratiques à risque/ sexuel : utilisation ou non du condom, un partenaire régulier ou plusieurs partenaires ;
    - ii. Partenaires du HSH : seulement HSH ou hétérosexuels (H, F), marié/cohabitant ou [occasionnelles ;???](#)
    - iii. Pratiques à risques, utilisation condom, nombre partenaires, Multiplicité risques (TS /HSH/IDU/utilisateur drogues) ;
    - iv. Prévalence des IST et du VIH.
  - b. Indicateurs UNGASS concernant les MSM (comportement -Testing – connaissances – couverture).
- 5- Les besoins spécifiques en matière de prévention des IST et VIH/sida et de prise en charge de ce groupe : Disponibilité des services (Inventaire besoins spécifiques).
- 6- Réponse au VIH/sida par rapport aux HSH :
- a. Informations données par les MSM
    - i. Connaissance et accès aux services par les HSH ;
    - ii. Connaissances sur les techniques de prévention et leur degré d'accessibilité ;
    - iii. Connaissance et accessibilité des services de prise en charge et traitement ;
    - iv. Barrières auxquelles elles sont confrontées pour l'accès aux services.
  - b. Réponse communautaire
    - i. Cartographie/ inventaire des interventions communautaires ;
    - ii. Documentation bonnes pratiques communautaires ;
  - c. Réponse Milieu sanitaire :
    - i. Services disponibles et leur adaptation à la situation des HSH.
- 7- Une stratégie d'offre de services de prévention et de prise en charge de proximité dans un cadre de confidentialité adaptée à ce groupe.

- 8- Des recommandations formulées pour leur meilleure participation à la réponse à VIH ainsi que pour la définition d'une stratégie de réponse appropriée à ce groupe au niveau national.

### **III. DEFINITION**

Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes abrégé en français HSH correspond au terme anglais MSM (Men Who Have Sex with Men). Selon la définition de l'OMS, tout homme qui a des relations sexuelles avec un autre homme, indépendamment de son orientation sexuelle ou identité de genre, et si oui ou non il a aussi des rapports sexuels avec des femmes est appelé HSH ou MSM. (11)

Tout au long de ce rapport, sera utilisé le terme MSM, terme le plus communément utilisé pour parler des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

### **IV. METHODOLOGIE**

Pour obtenir des informations sur des MSM âgés de 18 ans au moins à Lomé la capitale et 07 grandes villes (Tsévié, Atakpamé, Sokodé, Kara, Kpalimé, Aného, Dapaong), l'étude s'est déroulée en trois étapes :

- 1) orientation sur les sites de l'étude et prise de contact initial ;
- 2) collecte de données ethnographiques par les discussions de groupes auprès des MSM et des acteurs clés de la population (focus groupes animés par une paire de sociologues suivant un guide préétabli) ;
- 3) enquête quantitative à l'aide d'un questionnaire semi structuré.

Le recrutement des participants s'est fait par effet boule de neige.

#### **IV-1- Orientation et contact initial**

Des recherches préalables ont permis d'identifier un noyau de MSM qui intervenait dans un projet avec PSI. En effet, PSI intervient auprès des MSM au Togo depuis 2006 (12). Dans la mise en œuvre de son projet, PSI a des pairs éducateurs qui sont des relais pour la grande communauté MSM.

Ainsi, des contacts ont été pris avec PSI pour entrer en contact avec les pairs éducateurs intervenant dans leur projet et d'autres MSM non pairs éducateurs mais constituant des personnes clés dans la communauté MSM.

Les objectifs de l'étude et la méthodologie leur ont été expliqués, ainsi que les mesures pour assurer la confidentialité des données recueillies.

Pour la première phase c'est-à-dire les focus groupes, parmi les MSM présents, dix (10) ont été choisis comme « graines ». Ces « graines » avaient pour rôle d'assurer la mobilisation de leurs paires: informer leurs pairs de la tenue de cette étude et recruter 12 personnes appartenant à trois classes d'âge différentes (18- 25 ans; 26- 35ans; +36 ans).



Pour la 2ème phase qui correspondait à l'administration du questionnaire, des MSM ayant déjà effectué des enquêtes et connus de PSI ou des pairs éducateurs PSI ou des « graines » ont été identifiés. Ces enquêteurs ont été formés pour l'administration du questionnaire à 30 de leurs pairs chacun.

Au cours de ces échanges, ont pu être établi le montant à donner pour les frais de déplacement, les honoraires des enquêteurs MSM, et des graines ainsi que le minimum à donner à tout participant.

## **IV-2-Ethnographie**

Dans la première phase, deux différents types de focus groupes ont été organisés : l'un auprès des MSM et l'autre avec d'autres groupes de la population.

Les focus groupes se sont tenus en français et en langue locale selon les villes et les participants du 19 novembre au 22 décembre 2009.

### **IV-2-1-Discussions de groupe avec les MSM**

Etait considéré dans cette étude comme MSM pour les focus groupes, tout homme âgé de 18 ans au moins, affirmant avoir participé à des relations sexuelles anales ou orales avec un autre homme durant les 12 mois précédents l'enquête.

Ainsi, pour les MSM, des focus groupes ont été organisés pour recueillir des informations sur 1) la trajectoire sociale ; 2) la trajectoire sexuelle : premier rapport sexuel avec un homme ; 3) les connaissances sur les IST et le VIH ; 4) les comportements sexuels ; 5) l'accessibilité au condom et lubrifiants ; 6) la stigmatisation et la discrimination

#### ***Annexe 1 : Guide du focus groupe MSM***

Sur la base des MSM mobilisés par les graines, nous avons organisé des focus groupe avec des MSM participants ayant tous 18 ans ou plus et appartenant à 3 classes d'âge différentes (18- 25 ans ; 26- 35ans ; +36 ans). Pour les besoins de l'enquête, les focus groupes étaient animés pour des participants appartenant au même groupe d'âge (18- 25 ans ; 26- 35ans ; +36 ans) et des focus groupes avec des groupes d'âge mélangés également.

Les discussions ont eu lieu à Lomé la capitale et dans 07 grandes villes (Tsévié, Atakpamé, Sokodé, Kara, Kpalimé, Aného, Dapaong).

A Dapaong, un faux focus groupe a été annulé pour irrégularité du profil des participants.

Au total, 18 focus groupes ont été organisés avec 174 MSM soit une moyenne de 9 personnes par groupes de discussion. 6 groupes de discussion avec la tranche d'âge de 18- 25 ans ; 3 avec les MSM de 26- 35ans ; 1 avec ceux de 36 ans ou plus et 7 focus groupes avec des MSM sans distinction d'âge et 1 focus groupe avec les travestis sans distinction d'âge.

Parmi les participants, le plus jeune avait 18 ans et le plus âgé 60 ans. L'âge moyen était de 39 ans. Tous les MSM rencontrés avaient été scolarisés. La majorité était de

nationalité togolaise et croyait en une religion. Pour la plupart de profession libérale (commerçants, couturier, coiffeur) ou élèves et étudiants.

#### **IV-2-2-Discussions de groupe avec d'autres acteurs clés de la population**

D'autres focus groupes ont été organisés avec des participants appartenant à des secteurs clés de la population. Ainsi, un (1) focus groupe a été mené avec chacun des groupes ci-après :

- ✓ les leaders religieux : les catholiques, les protestants et les musulmans séparément pour chacune de ces 3 religions, soit un total de trois (3) focus groupes ;
- ✓ la chefferie traditionnelle ;
- ✓ le système étatique en particulier le secteur de la justice et de la sécurité et
- ✓ le secteur de la santé ;
- ✓ et les intervenants du secteur de santé auprès des MSM.

Pour ce faire, le CNLS (Conseil national de lutte contre le sida ) du Togo s'est chargé d'inviter des structures et regroupements. Lesquelles structures ont à leur tour choisi les personnes participantes.

#### **IV-3-Enquête quantitative**

Dans la troisième phase, une enquête quantitative transversale à visée descriptive a été réalisée dans les huit villes du Togo dont les participants ont fait l'objet de focus groupes.

Un échantillon de 630 MSM a participé à l'enquête dont 43% résidant à Lomé et 57% dans les autres villes de l'intérieur du pays. L'âge variait entre 14 et 73 ans avec un âge médian se situant à 24 ans et une proportion de moins de 18 ans révolus de 4%.

Le niveau d'instruction était élevé, 86% avaient atteint au moins le niveau secondaire. La quasi-totalité étaient des **togolais** (92,2%) et seuls 2 participants ont une nationalité autre que la CEDEAO en l'occurrence canadienne et française.

Plus de la moitié (63,5%) déclaraient pratiquer la religion chrétienne (catholique, protestante, etc.), 3% sont des animistes et 14,1 % d'obédience musulmane. Pour ce qui est de l'état matrimonial, on note que 82,9% des participants sont célibataires, 11,7% en union avec une femme et 2,9% avec un homme.

#### **IV-3-1-Période de collecte et critères d'inclusion**

La collecte des données s'est effectuée du 22 décembre 2009 au 11 janvier 2010 inclus soit 3 semaines pour l'enquête quantitative et du 19 novembre 2009 au 22 décembre 2009 soit 33 jours pour l'enquête qualitative.

Pour ce qui est des critères d'inclusion, on note que la population cible de l'étude est composée de (i) tout homme affirmant avoir déjà eu des rapports sexuels (RS) avec un autre homme par voie anale ou buccale au cours de sa vie, et ce (ii) quelque soit son âge.

### **IV-3-2-Échantillonnage**

En absence de données sur la proportion de MSM dans le pays et dans chacune des villes enquêtées, le choix a été de faire répondre toute personne validant les critères d'inclusions cités plus haut.

Utilisant la technique boule de neige, 2 enquêteurs MSM ont été recrutés par ville; sauf pour la ville de Lomé qui d'une part, du fait de son étendue géographique et d'autre part, parce qu'elle est la capitale du pays, avait 9 enquêteurs. Pour les villes de Dapaong et Atakpamé, nous avons obtenu seulement un enquêteur.

Chacun de ces enquêteurs devait recruter 30 MSM.

Ainsi, 21 MSM ont été retenus comme enquêteurs et formés. Puis ces derniers ont eu pour rôle d'administrer le questionnaire standardisé prétesté à 30 de leurs pairs MSM sur toute la période de collecte des données soit un nombre total de 630 MSM à interroger.

Le choix des pairs MSM à interroger était aléatoire, dépendant de l'environnement de l'enquêteur.

### **IV-3-3-Méthode de collecte**

Les participants étaient invités par les différents enquêteurs à participer à l'étude, et ceux qui acceptaient étaient enrôlés dans l'étude après un consentement verbal éclairé. La collecte des données était faite à partir d'un protocole.

Un questionnaire était administré pour recueillir les données sur :

1. Situation socio- démographique ;
2. Connaissance des IST/VIH/sida ;
3. Attitudes ;
4. Comportement sexuel ;
5. Antécédents d'IST des participants ;
6. Fréquentation des structures de santé.

L'étude s'est faite dans l'anonymat des participants. A chaque participant correspondait un numéro d'anonymat préétabli. Ce numéro écrit par l'enquêteur sur le questionnaire servait à l'identification de la fiche de questionnaire de chaque participant.

Seul l'enquêteur avait donc connaissance de l'identité correspondante au numéro d'anonymat.

***Annexe 2 : Questionnaire 'Analyse de la situation sur la problématique des minorités sexuelles et VIH/sida dans le contexte du Togo'***

### **IV-3-4-Analyse des données**

Les données ont été analysées à l'aide des logiciels SPSS et Stata. Elle comprenait :

- ✓ une étude descriptive :
  - des caractéristiques socio- démographiques ;

- de la connaissance des IST/VIH/sida ;
  - des attitudes et comportement sexuel ;
  - des antécédents d'IST des participants.
- ✓ puis, l'association entre les variables descriptives.

Pour la détermination d'association, nous avons eu recours à un test statistique du Chi-carré de Pearson, avec la valeur de P correspondante pour un seuil de signification à 5%.

Par ailleurs, des p-values ont été calculées au niveau des modalités issues des tests de comparaison des proportions de Marasculio. Si la p-value est significative au seuil de 5% il ya une différence de proportion entre les modalités considérées.

## V. QUESTIONS ETHIQUES

Dans le processus de recherche, l'équipe a consacré beaucoup de temps pour s'assurer du maintien et de la protection de la confidentialité de l'étude et des données produites.

Pour ce faire, toutes les interviews étaient anonymes, et l'on a demandé aux enquêtés de donner leur consentement éclairé verbalement (enregistré sur la cassette de l'enregistrement). L'équipe de recherche a également signé un document d'accord de confidentialité.

La participation était entièrement volontaire et il n'y a pas eu de motivation financière. A la fin de chaque discussion de groupe, les participants ont reçu :

- ✓ des frais de transport d'un montant de 2000F CFA pour couvrir les déplacements ;
- ✓ un rafraîchissement ;
- ✓ 8 préservatifs ;
- ✓ un tube de gel lubrifiant ainsi que
- ✓ un dépliant contenant des informations pour la prévention du VIH (dépliant CNLS).

Les participants désirant recevoir des informations sur les soins et le dépistage ont été orientés vers les centres de santé en fonction de leurs besoins en soins.

Les enquêtés ont toujours donné leurs avis sur les sites préférés pour la collecte de données ; ainsi, deux principaux sites ont été identifiés par les enquêtés pour la tenue des focus groupes. Pour l'administration du questionnaire, dans certains cas, les MSM enquêteurs ont du se rendre dans les lieux d'habitation des MSM ou bien à dans des endroits où ils passent leur temps.

Afin de minimiser les risques, la participation avait un caractère volontaire et les participants avaient été avertis qu'ils avaient le droit de ne pas répondre à certaines questions et d'interrompre l'entretien à tout instant. De plus, pendant les entretiens et les groupes de discussion, il a été rappelé aux participants de ne pas s'identifier, ni de

nommer d'autres personnes, mais de se limiter aux prénoms, et de garder la confidentialité sur l'entretien.

## **VI. LIMITES DE L'ETUDE**

Notre étude comporte un certain nombre de limites liées aux enquêtés et aux sujets abordés.

D'abord, l'échantillonnage par effet boule de neige qui a servi à recruter les enquêtés : bien que cette technique se soit avérée efficace au recrutement des (630 MSM lors de l'étude quantitative et 174 lors des focus groupes) 804 MSM, elle a cependant eu pour résultat des distorsions dans la sélection.

Par exemple 54.3% des enquêtés avaient moins de 25 ans. Ceci peut être dû au fait que tous les enquêteurs étaient des jeunes gens, et que les MSM plus âgés étaient réticents à parler avec quelqu'un de plus jeune qu'eux, particulièrement sur un sujet aussi sensible.

Concernant les biais d'information : les informations recueillies étant basées sur un questionnaire. En conséquence, nous admettons qu'il existe un biais dans l'information recueillie et lié soit au répondant ,soit à l'enquêteur.

Ensuite, le terrain vierge constitué par le milieu MSM du Togo, était plus favorable à l'utilisation de la technique boule de neige ; le choix de cette technique n'a pas permis d'approfondir les informations sur les réseaux de connexion entre MSM au Togo. Cependant, ceci pourrait être approfondi par le choix d'une autre technique de collecte de données tel que le RDS (Respondent Driven Sampling).

Enfin, la cartographie détaillée des sites de regroupement des MSM n'a pu être renseignée en totalité vu la susceptibilité de la question pour les MSM. Cependant, par l'intermédiaire d'interventions futures auprès de la cible, cette cartographie pourrait être plus étayée.

## **DEUXIÈME PARTIE: RÉSULTATS**

## I. CARTOGRAPHIE

Concernant la cartographie des lieux de regroupement ou retrouvailles des homosexuels, il est important de préciser la sensibilité et la difficulté de cette question.

Aux dires des prestataires intervenant auprès des MSM : « *Les homosexuels sont partout au Togo !! Il n'y a pas des endroits spécifiques pour eux ; même si il ya des endroits nocturnes où il est plus favorable de les rencontrer.* », **Prestataire, Aného.**

Cette affirmation a été corroborée par les MSM qui ont indiqué que les lieux de regroupement et de fréquentation des MSM sont quelque soit les villes, des lieux aussi bien publics que privés. Ce sont notamment les Hôtels, la Plage, les Rues animées, les Soirées gay, les Maisons closes, les Night club, les Réunions secrètes/Surprises (soirée, bal public ou privé), les Bar/night club, les Rues animées ou les Rues moins animées en pénombre.

Pour Lomé, ont été cité :

- ✓ les lieux mondains ouverts (hôtels, night clubs, plage, cinémas, la plage souvent de 15 à 18 heures). Certains hôtels et Boites de Nuits, Zone portuaire vers Zorro Bar, internet, vidéos clubs ;
- ✓ les quartiers d'Adakpamé, Deckon, de Kodjoviacopé, Nykonakpoè, Bê, Adawalto ;
- ✓ les lieux de réunions souvent gardés secrets jusqu'à la veille ;
- ✓ les zones telles que la Rue du commerce.

Il n'y a pas eu de plus grande précision sur ces lieux en raison de la sensibilité que représente la cartographie. Les MSM participants craignaient que la cartographie soit utilisée à d'autres fins notamment la recherche, la traque et même l'emprisonnement des MSM s'y trouvant.

## II. DEGRE D'ORGANISATION ET RESEAUTAGE

Les MSM au Togo disposent de plusieurs moyens de communications entre eux dont les principaux sont :

- ✓ les sites internet gays auxquels ils peuvent avoir accès ;
- ✓ les soirées informelles, au cours desquelles les MSM se retrouvent souvent entre eux pour partager des verres et repas ;
- ✓ les associations identitaires de MSM : au Togo, il existe 3 associations identitaires de MSM : Club des 7 jours, Afrique arc-en-ciel, et Mens qui ont vu le jour à partir de 2005. Ces associations constituent un cadre d'échanges et un moyen de communication entre MSM ;
- ✓ les activités de prévention organisées en direction des MSM par PSI au travers son projet pour les MSM : PSI Togo dans la mise en œuvre de ces activités en direction des MSM, disposent d'un pool d'éducateurs pairs gays tous membres de l'association Club des 7 jours. Ces pairs éducateurs mènent des activités dans les villes de Lomé, Kpalimé, Aného et Kara. Aussi, une fois par mois dans la ville de Lomé, les hommes qui s'identifient comme des gays se rencontrent pour des

activités récréatives dont le but est la sensibilisation sur les moyens de prévention des IST/VIH chez les homosexuels mais aussi un moyen de rencontre et d'échanges.

### III. IMAGE DES MSM DANS LA SOCIETE

L'homosexualité est très mal perçue dans la société togolaise.

Presque tous les acteurs non MSM interrogés ont décrié la pratique de l'homosexualité.

Les leaders religieux (catholique, musulman et protestant) interrogés ont tous indiqué l'abomination que représente l'homosexualité avec des références de livres saints, notamment en parlant de la punition infligée par Dieu dans les villes messagiques de Sodome et Gomorrhe en raison de l'homosexualité.

La communauté coutumière représentée par la chefferie du Togo, a également indiqué que : « l'homosexualité était un comportement sexuel à condamner car non toléré par les lois et rites coutumiers ». **Propos d'un des chefs cantons au focus group**

Enfin, certains participants sur la base de leur croyance et conviction **personnelle** ont réitéré leur désapprobation : *Un Adjudant de la Gendarmerie Nationale a affirmé : « Un homme, prendre des rapports avec un autre homme ? c'est de la bassesse, je n'arrive pas à comprendre cela » « homosexualité phénomène, né en Europe ». ..... « Je suis gêné quand vous parlez d'eux, allons.... un animal va toujours avec un animal femelle l'homme doit suivre les lois de sa communauté, dans l'ordre divin, c'est des choses à bannir ».*

Cette description négative de l'homosexualité au cours des focus groupes est corroborée par la revue des journaux togolais portant sur les périodes de janvier 2008 à décembre 2009. En effet, tous les sept (7) articles portant sur l'homosexualité qui ont été retrouvés définissent l'homosexualité comme une déviance. « Cette déviance apparue ailleurs dans d'autres régions du monde chez les religieux catholiques et s'observe au Togo ces derniers temps, dans la frange des exclus, drogués et touristes sexuels. »

En aout 2009, les propos d'un artiste chanteur du pays sur une des radios nationale togolaise et dans un journal à propos de la tolérance et la compréhension à l'égard des MSM assumant ce choix avait suscité la réprobation du public et des homosexuels qui se sentaient trahis.

#### ***Annexe 3 : Revue de journaux du Togo***

##### **✓ Lien avec les IST / VIH**

Au delà de la pratique qui est jugée intolérable, les homosexuels sont considérés comme le vecteur de la transmission des IST / VIH : *Attaché d'administration au Cabinet du ministre de justice « .....Ils constituent un danger puisqu'ils propagandent le VIH/sida. »*

Cette corrélation entre l'homosexualité et les IST/VIH/sida a été également notée au cours des échanges avec la chefferie traditionnelle. Cependant, ceci n'est pas encore le cas des médias togolais.



## IV. IDENTITE DES MSM

L'étude du profil des participants MSM au cours des focus groupes montrent que leur enfance est toute aussi semblable à celle de la population générale. Les relations parentales durant l'enfance, les profils des amis d'enfance et les événements heureux et malheureux pendant l'enfance n'avaient pas de particularité.

En effet, l'enfance jusqu'à la préadolescence s'est passée avec au moins un des parents et plus avec la maman que le père ou avec les deux parents, mais dans de rare cas, l'enfance s'est souvent passée avec une tante, un oncle ou l'un des grands parents. Souvent avec les oncles, les tantes ou les tuteurs, les relations se trouvaient être plus conflictuelles. Avec les mères et les grands parents, l'enfance était très choyée et paisible.

Les amis d'enfance ont été pour la plupart des garçons et des filles du même âge. Dès l'adolescence, certains se sont orientés plus vers les filles que les garçons et d'autres inversement surtout après une déception sentimentale avec ces dernières ; enfin, d'autres ont préféré avoir comme compagnon des personnes âgées.

Les souvenirs d'évènement malheureux ou heureux étaient liés à la vie socio- familiale.

### **Avec comme événements malheureux :**

- ✓ Le décès de l'un des parents, grands parents ou d'un frère/sœur, d'un ami  
« *La mort de ma grande mère qui a remplacé mes parents pendant mes moments difficiles constituent pour moi un événement malheureux que je ne peux oublier* » propos recueilli chez **un MSM de 27ans à Sokodé**.
- ✓ Le viol subi par un homosexuel majeur ;
- ✓ L'échec scolaire ;
- ✓ La négligence parentale ;
- ✓ Le divorce des parents et/ou remariage de la mère ou du père. « **Un MSM de 23 ans à Tsévié a dit : l'infidélité de ma mère que je ne peux supporter en tant que homme ; aucun homme ne peut supporter. Cela a entraîné le divorce de mes parents ; ce qui m'a rendu malheureux** ».

### **Pour les événements heureux, ce sont :**

- ✓ Les cadeaux d'anniversaire ;
- ✓ Les prix ou félicitations pour une performance au jeu ou à l'école ;
- ✓ Les premiers rapports hétérosexuels ;
- ✓ La réussite au CEPD, BEPC ;
- ✓ Le mariage de frère/sœur ou autre parents directs.

A propos du nombre de MSM au Togo, les chiffres avancés variaient énormément entre 300 et 1000. Une proportion de 4 à 6% a été donnée pour les grandes villes comme Lomé, Kpalimé, Kara ou Aného, tandis que pour les villes dites secondaires, la proportion était estimée à des cas isolés. Les sources de ces données variaient également ; pour certaines ces données étaient basées sur les interventions effectuées auprès de la cible et pour d'autres une simple projection personnelle.

## V. VULNERABILITE

La vulnérabilité est décrite par les connaissances et attitudes des MSM.

**Tableau 1: Répartitions des enquêtés selon les caractéristiques socio-démographiques**

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage	Effectif
<b>Groupes d'âges</b>		
Mineurs	34,8	8
18 à 22 ans	49,3	110
23 à 27 ans	45	95
28 à 32 ans	37,5	39
33 ans et plus	53,6	37
<b>Région de résidence</b>		
Lomé	43,7	118
Intérieur	47,5	171
<b>Niveau d'instruction</b>		
Aucun niveau	64,4	29
Primaire	614	27
Secondaire	45,6	182
Supérieur	35,9	51
Ensemble	45,9	289

### V-1-Les connaissances

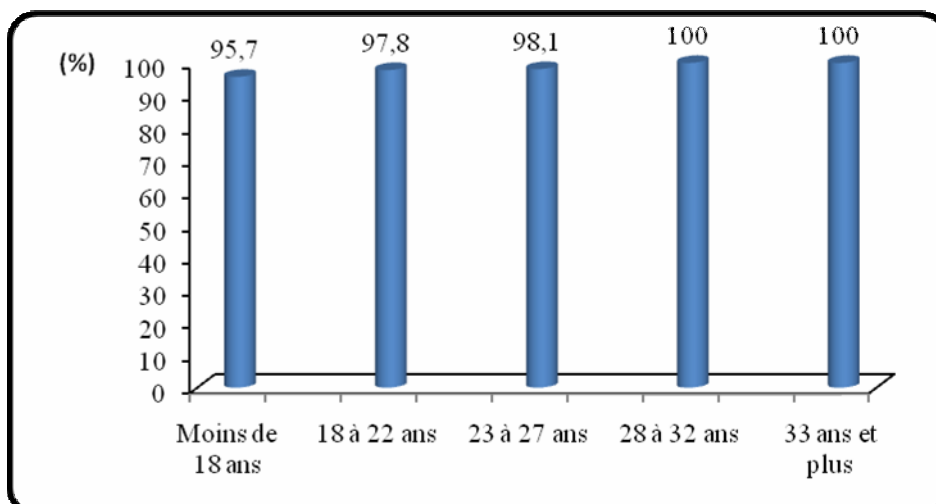
#### V-1-1-Connaissance des IST

Les Infections Sexuellement Transmissibles sont généralement une porte d'entrée privilégiée pour le VIH/sida. Ainsi, mesurer le niveau de connaissance des IST était important.

Dans l'ensemble, on remarque que les MSM ont une bonne connaissance des IST.

En effet, 98,4% d'entre-eux ont déclaré en avoir déjà entendu parler. La prise en compte de l'âge des participants révèle qu'il n'existe pas d'association entre cette variable et la connaissance des IST (Proba.Khi<sup>2</sup>= 0,325). Même si l'âge n'est pas significativement associé à la connaissance des IST, il existe tout de même une différence de comportement entre les participants. Ainsi les participants de la tranche d'âge 33 ans et plus sont plus nombreux à connaître les IST que les mineurs.

**Graphique 1: Pourcentage des MSM ayant entendu parler des IST**



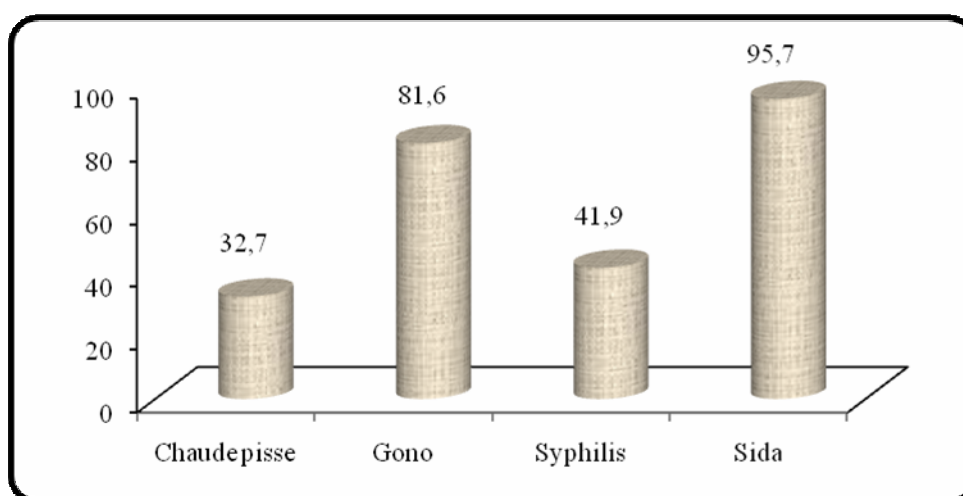
Le niveau d'instruction n'est pas significativement associé à la connaissance des IST (Proba.Khi<sup>2</sup>=0,819). Néanmoins, il existe des différences dans les comportements. En effet, la proportion des MSM sans instruction qui connaissent les IST ne diffère pas de celle qui ont un niveau primaire (p=1,000). En revanche, les participants qui ont un niveau supérieur sont plus nombreux à avoir entendu parler des IST que ceux du secondaire (p=0,000).

Pour ce qui est de la région de résidence, on ne note pas de différence statistiquement significative entre la proportion des MSM de Lomé et celle des villes de l'intérieur qui ont déclaré avoir entendu parler des IST (99,3% contre 97,8% ; p=0,087).

Au cours de cette étude, il a été demandé aux MSM de nommer les IST qu'ils connaissaient. Le graphique 2 met en évidence les réponses à cette question.

Le sida et la gonococcie ont été les IST les plus citées par les participants avec respectivement 96% et 82%. Puis viennent la syphilis (42%) et la chaude pisse (33%).

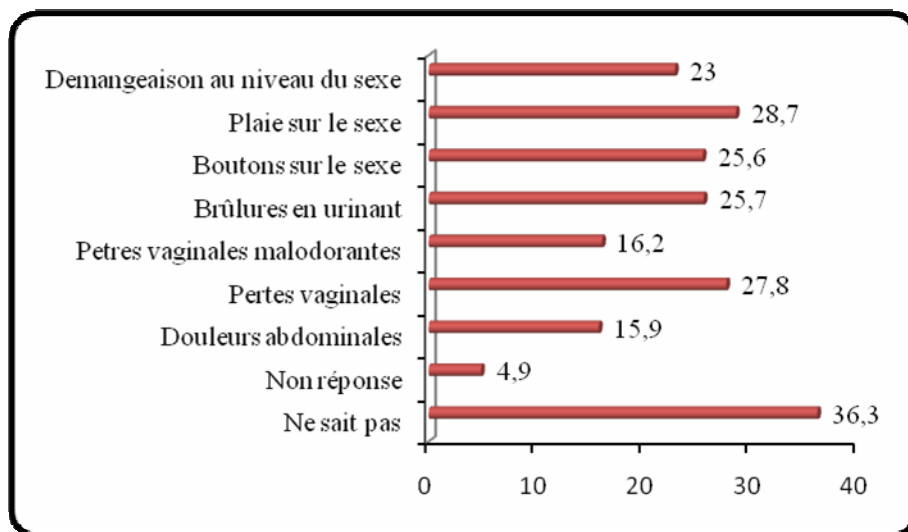
**Graphique 2: Pourcentage des MSM ayant cité des IST**



Au-delà de la simple connaissance des IST (le fait d'en avoir entendu parler), la reconnaissance des symptômes des IST (à l'exception du sida) aussi bien chez les femmes a été recherchée.

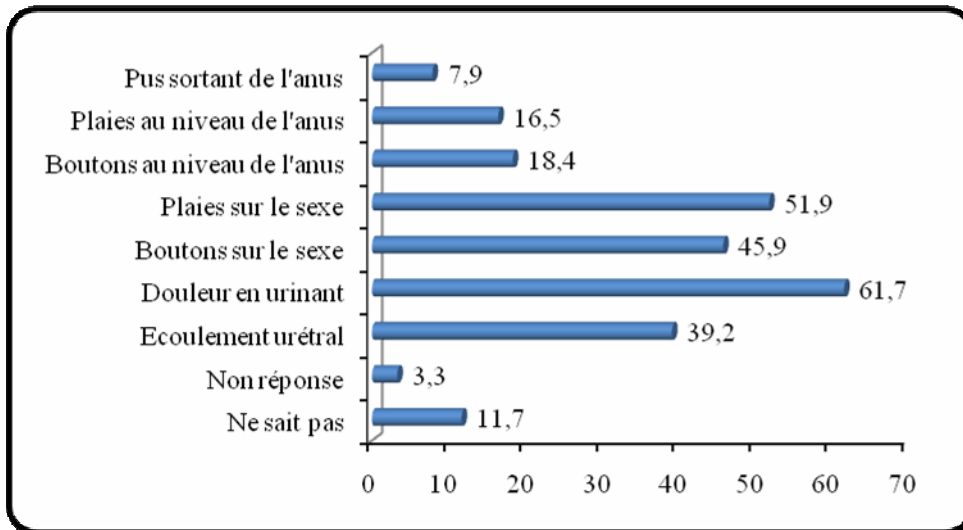
De manière générale, il ressort que moins de la moitié des MSM interviewés reconnaissent les signes d'IST chez les femmes. Ils reconnaissent plus fréquemment les plaies sur le sexe (29%) et les pertes vaginales (28%). En outre, un quart des participants ont cité les brûlures en urinant (26%) et les boutons sur le sexe (26%) comme signe manifeste d'une IST chez les femmes. Les pertes vaginales malodorantes sont des signes moins reconnus par les MSM. Par ailleurs, un peu plus d'un tiers des enquêtés (36,3%) ignore les symptômes d'IST chez les femmes.

**Graphique 3: Pourcentage des MSM ayant cité des signes IST chez les femmes**



Si tous les MSM ou presque ont déjà entendu parler des IST (98,4%), ceux qui connaissent les symptômes de ces infections chez les hommes sont en proportions plus faibles. Environ 62% des enquêtés reconnaissent les douleurs en urinant comme un signe d'IST chez les hommes. Les plaies et les boutons sur le sexe ont été mentionnés respectivement 52% et 46% des MSM. Aussi, l'apparition de boutons (18,4%) et de plaies au niveau de l'anus (16,5%) ont été identifiés comme des symptômes d'IST chez les hommes.

**Graphique 4: Pourcentage des MSM ayant cité des signes IST chez les hommes**



En somme, il ressort des analyses que la connaissance des signes ou symptômes d'IST est relativement faible chez les MSM.

### **V-1-2-Connaissance du VIH/sida**

La quasi-totalité de la population enquêtée (99,4%) a déjà entendu parler de VIH/sida. Bien que cela soit de plus en plus rare, il existe encore des personnes qui affirment en avoir jamais entendu parler même dans le milieu des MSM. En effet, 4 participants résidant essentiellement dans les villes de l'intérieur du pays ont déclaré ne pas connaître le sida.

La répartition du niveau de connaissance du VIH par groupe d'âge montre que la proportion des mineurs qui ont déjà entendu parler du VIH est statistiquement différente de celle des MSM des autres tranches d'âges ( $p=0,000$ ). En revanche, on remarque que la connaissance ne varie pas selon qu'il s'agit des enquêtés des groupes d'âge 28-32 ans et 33 ans et plus ( $p=0,066$ ).

En analysant la connaissance du VIH/sida selon la région de résidence, on constate que la proportion de MSM qui a déclaré avoir entendu parler du sida est plus importante à Lomé (100%) que dans les villes de l'intérieur (98,9%), ( $p=0,000$ ).

En ce qui concerne le niveau d'instruction, on observe que la proportion des MSM qui connaissent le VIH ne varie pas selon qu'ils aient un niveau primaire ou qu'ils soient sans instruction ( $P=1,000$ ). Par contre, on note une différence significative entre ceux de niveau primaire, secondaire et supérieur ( $p=0,000$ ). Autrement dit, l'instruction influence le niveau de connaissance de cette pandémie.

La majorité des personnes enquêtées (98,7%) pensent qu'on peut faire quelque chose pour ne pas attraper le sida. Quatre participants en revanche affirment le contraire.

**Tableau 2: Connaissance du sida selon les caractéristiques socio-démographiques**

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage	Effectif
<b>Groupe d'âge</b>		
Mineurs	100	23
18 à 22 ans	99,1	221
23 à 27 ans	99,5	210
28 à 32 ans	100	104
33 ans et plus	98,6	628
<b>Région de résidence</b>		
Lomé	100	270
Intérieur	98,9	356
<b>Niveau d'instruction</b>		
Aucun niveau	100	45
Primaire	100	44
Secondaire	99	395
Supérieur	100	142

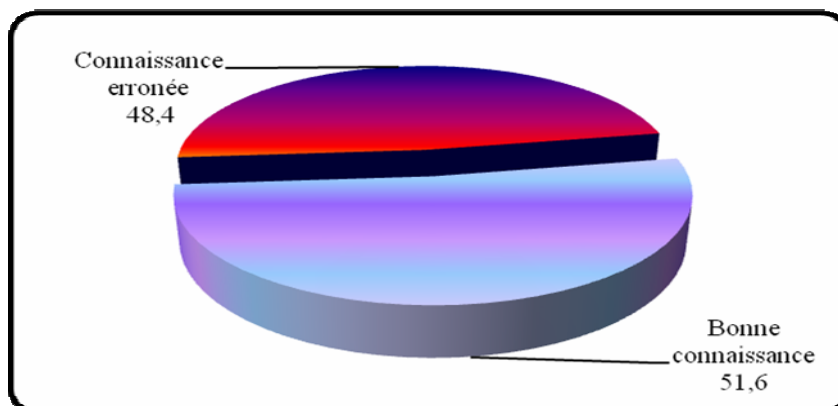
### **V-1-3-Définition de l'abstinence**

La maîtrise de la progression du VIH/sida passe par une connaissance véritable de ses moyens de prévention. La stratégie dénommée ABC ou abstinence, fidélité, utilisation de condom est la méthode phare de prévention des IST et du VIH/sida.

Les résultats de l'étude montrent que la connaissance de l'abstinence varie considérablement selon les enquêtés.

En effet, un peu plus de la moitié des MSM (52%) ont une bonne connaissance de l'abstinence. Les autres ont plutôt une connaissance partielle voire erronée de l'abstinence.

**Graphique 5: Répartition en (%) des MSM selon la connaissance de l'abstinence**



La connaissance de l'abstinence n'est pas significativement associée à l'âge des enquêtés (proba.Khi<sup>2</sup>=0,381). Toutefois, il ressort que la proportion des mineurs qui ont

une bonne connaissance de l'abstinence est plus élevée que chez les MSM des autres groupes d'âges.

La prise en compte de la région de résidence montre que les participants vivant à l'intérieur (53,1%) du pays sont plus nombreux à avoir une bonne connaissance de l'abstinence que ceux de Lomé (49,6%) ( $p=0,000$ ).

Pour ce qui est du niveau d'instruction, il apparaît qu'il est associé à la connaissance de l'abstinence au seuil de 5% (Proba  $\text{Khi}^2 = 0,037$ ). La proportion des participants sans instruction qui ont une parfaite connaissance de l'abstinence (46,7%) ne diffère pas de celle qui ont un niveau primaire (36,4%) ( $p=0,869$ ). Toutefois, cette proportion est statistiquement différente chez les MSM ayant respectivement un niveau d'étude primaire, secondaire et supérieur ( $p=0,000$ ).

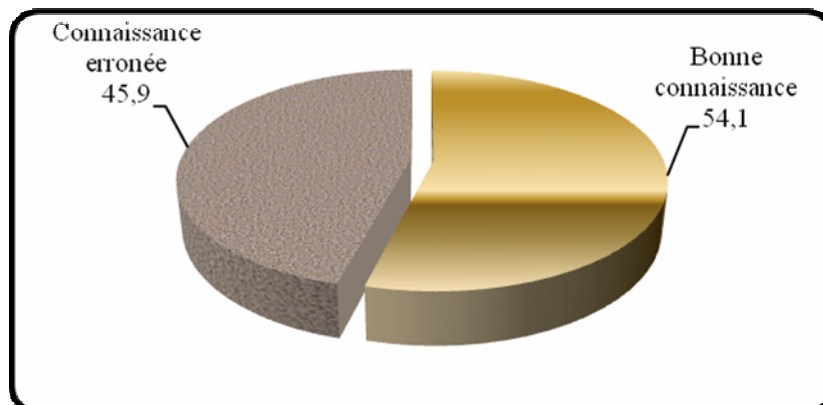
**Tableau 3: Connaissance de l'abstinence selon les caractéristiques socio-démographiques**

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage	Effectif
<b>Groupes d'âges</b>		
Mineurs	65,2	15
18 à 22 ans	47,1	105
23 à 27 ans	53,6	113
28 à 32 ans	51,9	54
33 ans et plus	55,1	38
<b>Région de résidence</b>		
Lomé	49,6	134
Intérieur	53,1	191
<b>Niveau d'instruction</b>		
Aucun niveau	46,7	21
Primaire	36,4	16
Secondaire	50,9	203
Supérieur	59,9	85
<b>Ensemble</b>	<b>51,6</b>	<b>325</b>

#### **V-1-4-Définition de la fidélité**

Pour ce qui est de la fidélité, plus de la moitié des MSM (54,1%) en ont une connaissance parfaite. La fidélité est une notion peu connue dans cette sous population puisqu'il existe une proportion importante (46%) qui en ont une fausse connaissance.

**Graphique 6: répartition des MSM selon la connaissance de la fidélité comme moyen de prévention**



Il n'existe pas d'association entre la connaissance de la fidélité et l'âge (Proba  $\text{Khi}^2=0,142$ ). On note les MSM les plus âgés (33 ans et plus) donnent plus fréquemment une bonne définition de la fidélité (53,6%) que ceux des groupes d'âges 23-27 ans et 28-32 ans.

Comme l'âge, la connaissance de la fidélité n'est pas associée à la région de résidence (Proba  $\text{Khi}^2=0,344$ ). Toutefois, on constate que les MSM vivant dans les villes de l'intérieur du pays sont plus nombreux à avoir une bonne connaissance de la fidélité (47,5%) que ceux de la capitale (43,7%) ( $P=0,000$ ).

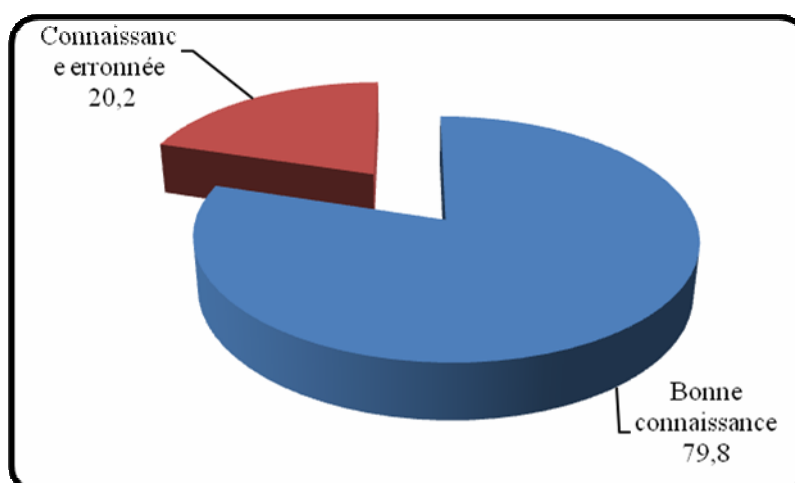
Par ailleurs, la connaissance de la fidélité est significativement associée au niveau d'instruction au seuil de 1% (Proba  $\text{Khi}^2=0,001$ ). Ainsi, le niveau d'étude des enquêtés améliore leur connaissance de la fidélité.

#### **V-1-5-Définition de l'utilisation de condom**

D'après les déclarations des personnes interrogées, plus de trois MSM sur quatre (79,8%) ont une bonne connaissance de l'utilisation du condom. En effet, ces derniers pensent qu'utiliser le condom pour ne pas attraper le sida signifie qu'il faut « utiliser le condom à chaque rapport sexuel ». Tous ceux qui croient par exemple que cela veut dire « utiliser le condom avec tous les partenaires sauf avec le titulaire » ou encore « utiliser le condom lorsqu'on n'a pas confiance en la personne » ont une fausse connaissance de l'utilisation de le condom (20.2%).



**Graphique 7 : Répartition des MSM selon la connaissance de le condom comme moyen de prévention (en %)**



La connaissance du condom comme moyen de prévention du sida n'est pas significativement associée à l'âge des participants à l'étude (Proba.  $\text{Khi}^2=0,535$ ). On constate cependant qu'à l'exception des adultes de plus de 33 ans, les mineurs ont une meilleure connaissance du condom que les MSM des autres tranches d'âges.

**Tableau 4 : Connaissance du condom selon les caractéristiques socio-démographiques**

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage	Effectif
<b>Groupes d'âges</b>		
Mineurs	91,3	21
18 à 22 ans	78,9	176
23 à 27 ans	77,7	164
28 à 32 ans	81,7	85
33 ans et plus	82,6	57
<b>Région de résidence</b>		
Lomé	82,2	22
Intérieur	78,1	281
<b>Niveau d'instruction</b>		
Aucun niveau	75,6	34
Primaire	70,5	31
Secondaire	78,4	313
Supérieur	88	125
<b>Ensemble</b>	<b>79,8</b>	<b>503</b>

## V-2- Les perceptions/ attitudes

### V-2-1- Envers les personnes vivant avec le VIH

Pour mesurer le degré de tolérance des participants à l'étude envers les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), il leur a été demandé de dire s'il pensait qu'un élève qui a attrapé le virus du sida devrait être autorisé à rester à l'école.

Le niveau de tolérance est significativement associé au niveau d'instruction et à la région de résidence au seuil de 1%.

Il ressort des analyses que plus de quatre MSM sur cinq (85,4%) sont favorables à ce qu'un élève porteur du virus du sida demeure dans le système éducatif. Ainsi, on peut affirmer sans risque de se tromper que les MSM sont tolérants vis-à-vis des autres en matière d'infection à VIH.

Les résultats du tableau 6 indiquent que les participants résidant à Lomé (93,3%) ont un degré de tolérance plus élevé que ceux vivant dans les villes de l'intérieur du pays (79,4%) ( $p=0,038$ ).

En s'intéressant au niveau d'instruction, il ressort que les participants n'ayant aucun niveau d'instruction (60%) et ceux ayant un niveau primaire (54,5%) se comportent de la même manière en matière de tolérance vis-à-vis du sida ( $p=0,980$ ).

Par ailleurs, on peut souligner que l'instruction augmente la tolérance chez les individus ayant au moins le niveau primaire. En effet, plus le niveau d'étude est élevé plus les MSM soutiennent que les enfants infectés par le virus du sida devraient rester à l'école.

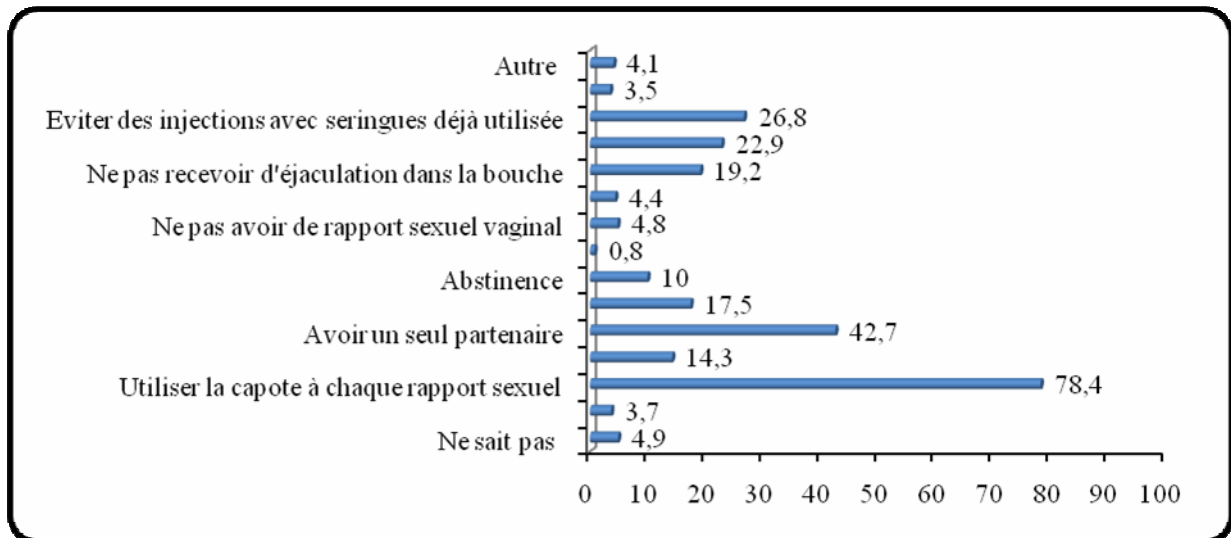
**Tableau 5 : Tolérance face au sida selon les caractéristiques socio-démographiques**

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage	Effectif
<b>Groupe d'âge</b>		
Mineurs	87	20
18 à 22 ans	88,8	198
23 à 27 ans	85,3	180
28 à 32 ans	83,7	87
33 ans et plus	76,8	53
<b>Région de résidence</b>		
Lomé	93,3	252
Intérieur	79,4	286
<b>Niveau d'instruction</b>		
Aucun niveau	60	27
Primaire	54,5	24
Secondaire	88,2	352
Supérieur	95,1	135

### V-2-2- Les moyens de prévention du VIH

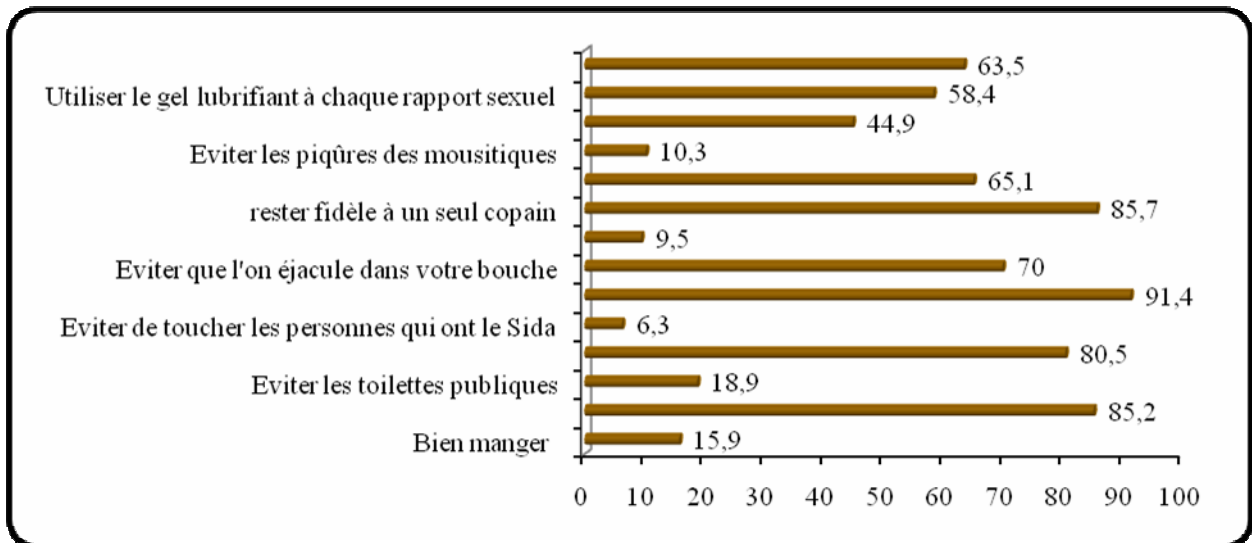
La perception des MSM sur la question de la prévention du sida en milieu homosexuel est résumée à travers le graphique 8. Environ huit participants sur dix (78,4%) pensent qu'il faut utiliser le condom à chaque rapport sexuel pour ne pas attraper le sida. Près de la moitié (43%) soutienne qu'il faut avoir un seul partenaire. Le fait d'éviter les injections avec seringues déjà utilisée (27%) et l'utilisation des gels lubrifiants (23%) ont été également évoqués par les participants.

**Graphique 8: Répartition des MSM selon leur perception sur les moyens de prévention du sida**



Pour ce qui est des précautions à prendre pour ne pas attraper le Sida, les enquêtés ont été nombreux à citer quatre principales mesures à savoir l'utilisation du condom avec les femmes (91%), la fidélité à un seul copain (86%), l'utilisation du condom avec les hommes (85%) et le fait d'avoir moins de copains (81%). Il est important de souligner qu'il existe une proportion non négligeable de MSM qui a des idées erronées sur mesures à prendre pour ne pas contracter le Sida. En effet, 20% et 10% des participants pensent respectivement que le fait de bien manger et d'éviter les piqures des moustiques empêcherait un individu d'attraper la maladie.

**Graphique 9 : Répartition des MSM selon leur perception sur les moyens d'éviter d'attraper le sida**

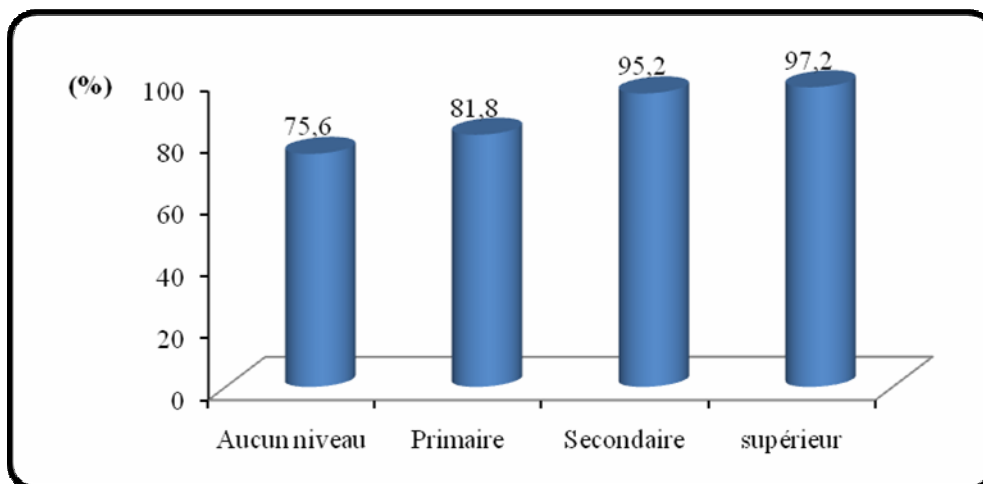


### V-2-3- Vis-à-vis du condom

Il a été demandé aux participants si l'achat d'une capote par un jeune leur semblait normal.

La majorité des MSM interviewées (93,3%) pense qu'il est normal qu'une jeune personne achète un condom. La prise en compte du niveau d'instruction révèle une forte association entre cette variable et l'achat du condom par une personne jeune ( $\text{Proba.khi}^2=0,000$ ). On peut alors dire que les MSM les plus instruits sont plus nombreux à penser qu'il est naturel pour les jeunes d'acheter des préservatifs que ceux ont un faible niveau d'étude.

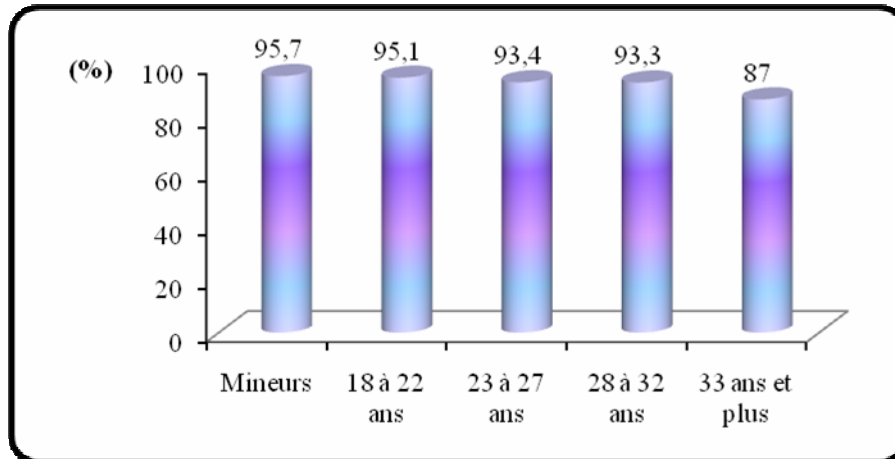
**Graphique 10 : Pourcentage des MSM qui pensent qu'il est normal pour un jeune d'acheter une capote selon le niveau d'instruction**



En outre, il ressort que la région de résidence des MSM est associée à l'achat de condom par un jeune au seuil de 5% ( $\text{Proba Khi}^2=0,035$ ). En effet, la proportion des MSM vivant à Lomé qui pense qu'il est normal qu'une jeune personne achète un condom (96%) est statistiquement supérieure à celle des MSM résidant dans les villes de l'intérieur du pays (91%) ( $p=0,000$ ).

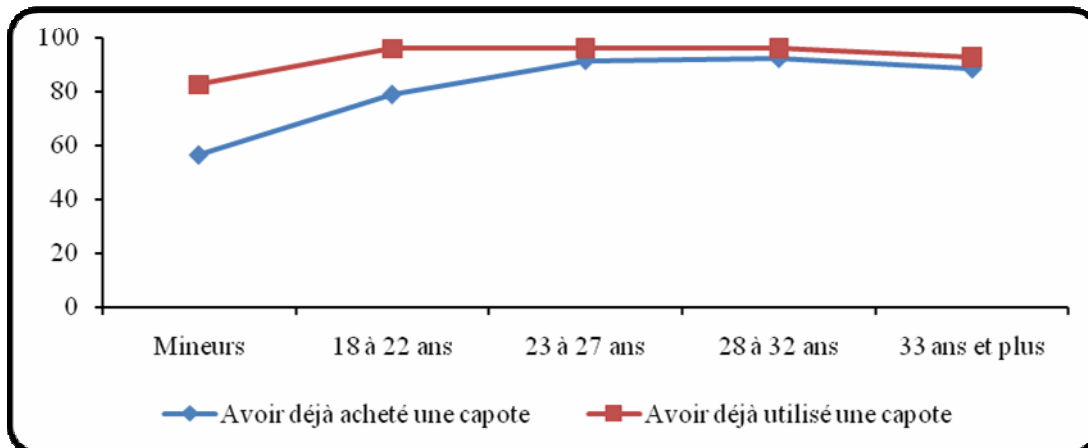
En intégrant l'âge, on constate qu'il n'est pas associé à l'achat d'une capote par un jeune ( $\text{Proba } \chi^2=0,573$ ). Autrement dit, le fait de penser qu'il est logique pour un jeune d'acheter une capote ne dépend pas de l'âge des MSM.

**Graphique 11 : Pourcentage des MSM qui pensent qu'il est normal pour un jeune d'acheter une capote selon le groupe d'âges**



L'âge est associé significativement aussi bien à l'achat qu'à l'utilisation de le condom (respectivement  $\text{Proba } \chi^2= 0,000$  et  $0,042$ ). On constate que la proportion de MSM qui a déjà acheté une capote augmente rapidement chez les mineurs, les MSM de 18 à 22 ans et chez ceux âgés de 23 à 27 ans. Cette tendance observée amorce une baisse à partir de ce dernier groupe d'âge. En définitive, les jeunes MSM sont plus nombreux à avoir déjà acheté un condom que leurs aînés.

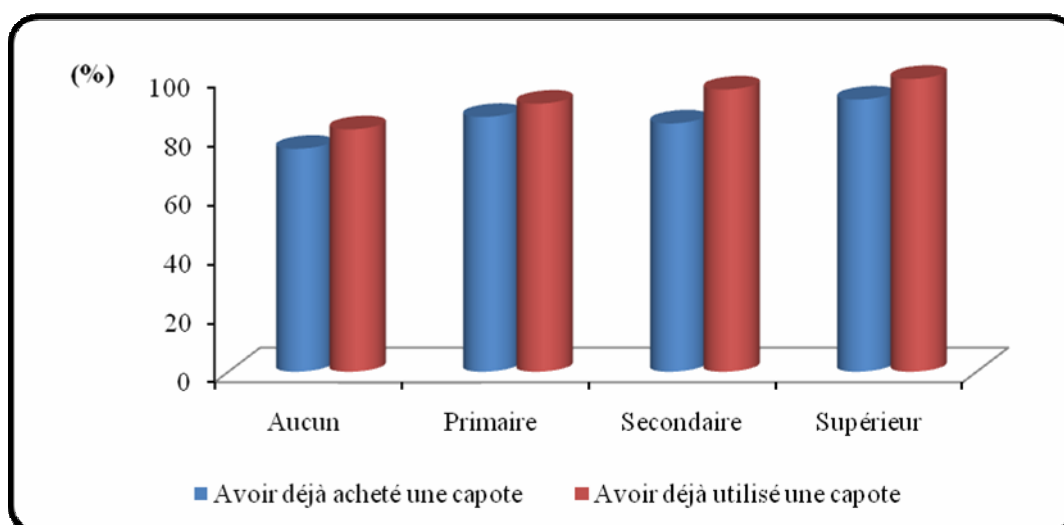
**Graphique 12: Pourcentage des MSM ayant déjà acheté et utilisé une capote selon le groupe d'âge**



La courbe qui illustre l'utilisation du condom montre qu'au niveau des trois premiers groupes d'âges (mineurs et les MSM de moins de 27 ans), il existe un écart de comportements entre la possession des capotes et l'utilisation systématique. Par contre, on observe un comportement compliant<sup>1</sup> chez leurs homologues de plus de 27 ans.

<sup>1</sup> C'est le fait de respecter les indications. Il s'agit d'utiliser les préservatifs qu'on a achetés.

**Graphique13: Pourcentage des MSM ayant déjà acheté et utilisé une capote selon le niveau d'instruction**



On observe que le niveau d'instruction influence l'achat des capotes. En effet les MSM les plus instruits ont acheté plus fréquemment une capote que ceux du primaire et du secondaire. En revanche, le comportement des MSM n'ayant aucun niveau d'instruction ne diffère pas de ceux ayant atteint le niveau primaire. Quant à l'utilisation des capotes, elle est beaucoup plus accentuée chez les MSM qui ont un niveau d'instruction plus élevé. Remarquons que l'utilisation des capotes n'est pas systématique chez les MSM quel que soit leur niveau d'instruction. Ainsi, les MSM du niveau primaire semblent avoir le taux d'utilisation de capotes le plus important par rapport au nombre de capotes achetées ; l'écart entre la possession des capotes et leur utilisation est plus prononcé chez les MSM du niveau secondaire.

### **V-3- La Consommation de drogues**

A propos de la consommation de la drogue, les participants ont répondu à la question : 'avez-vous déjà pris de la drogue ?'

D'une manière générale, 18,3% des enquêtés ont affirmé avoir déjà pris de la drogue sans en préciser la nature : par voie injectable ou non.

Cette proportion semble être liée à la région. Elle est nettement plus élevée à l'intérieur du pays (21,7%) qu'à Lomé (13,7%). Ce résultat est confirmé par le test de proportion au seuil de 5%.

L'examen selon le niveau d'instruction indique que la consommation de la drogue varie selon le niveau d'instruction. La proportion la plus élevée de personnes ayant déjà pris de la drogue est enregistrée chez les individus de niveau primaire (27,3%). Ceux-ci sont suivis par des individus n'ayant aucun niveau d'instruction (24,4%). Par contre, les personnes ayant atteint un niveau d'instruction supérieur sont relativement moins nombreuses à avoir déjà pris de la drogue (14,8%). Ces proportions sont deux à deux significativement différentes au seuil de 5%, à l'exception de celles observées chez les personnes n'ayant aucun niveau et chez les personnes de niveau primaire.

**Tableau 6: Répartition des enquêtés selon la consommation de la drogue et certaines caractéristiques socio-démographiques**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	13,7	270
	Intérieur	21,7	360
Niveau d'instruction	Aucun niveau	24,4	45
	Primaire	27,3	44
	Secondaire	17,8	399
	Supérieur	14,8	14é
<b>Ensemble</b>		<b>18,3</b>	<b>630</b>

## **VI. STIGMATISATION ET DISCRIMINATION DE L'HOMOSEXUALITE**

La stigmatisation –discrimination envers les hommes homosexuels se présentent sous plusieurs formes. Les états et les individus en sont les acteurs.

### **VI-1-Stigmatisation et discrimination par l'Etat**

L'article 88 du Code pénal du 13 Août 1980-105 condamne l'homosexualité au Togo : « Sera puni d'un emprisonnement de un à trois (3) ans et d'une amende de 100 000 à 500 000 francs quiconque aura commis un acte impudique ou contre nature avec un individu de son sexe. ».

Ainsi, le Togo fait partie des 35 états africains qui ont des lois criminalisantes, considérant les actes homosexuels (homme –homme ou femme-femme) comme illégaux.

Même si jusqu'à ce jour aucune personne n'a encore été arrêtée et emprisonnée du fait de son homosexualité, les MSM au Togo ont affirmé vivre dans un climat de peur.

### **VI-2-Stigmatisation et discrimination par les individus**

Dans la société, la Stigmatisation et la discrimination s'observent au niveau de l'environnement socio familial et professionnel par le rejet systématique selon les MSM interrogés. Ce rejet se manifeste :

- sous forme d'exclusion ou d'isolement au sein de la famille ; « *Ceux qui le savent dans le quartier m'appellent Adjovi au lieu de Kodjovi. Ma mère m'a menacé, elle a dit qu'elle va me tuer.... Nous sommes nés comme ça et il faut nous accepter* » a déclaré un MSM de 35 ans lors d'un focus à Lomé.

- sous forme de renvoi ou de rejet sur le lieu de travail.

Ainsi, peu de MSM ont révélé leur homosexualité à leur environnement encore moins à un membre de la famille.

### VI-3-Stigmatisation et discrimination par le personnel de santé

Aucun cas de déni par un personnel de santé n'a été signalé par les MSM au cours des focus groupes ; ceci pourrait s'expliquer par la stricte clandestinité de la pratique homosexuelle.

### VI-4-Les violences sexuelles

De façon globale, une proportion considérable d'individus interrogés au cours de l'enquête quantitative (16,5%) a affirmé avoir été déjà forcée de coucher avec quelqu'un. A Lomé, cette proportion est d'environ 1 individu sur 5 contre 14,2% à l'intérieur du pays. Toutefois, ces proportions ne sont pas différentes significativement au seuil de 5%.

L'analyse selon le niveau d'instruction indique que la violence sexuelle ne semble pas être corrélée au niveau d'instruction même si son ampleur varie d'un niveau à un autre. Les enquêtés ayant atteint le niveau d'instruction secondaire connaissent la proportion la plus élevée de personnes (17,3%) déclarant avoir été déjà forcées de coucher avec un individu. Par contre, cette proportion est relativement moins élevée chez les personnes de niveau primaire.

**Tableau 7: Répartitions des enquêtés ayant déjà été forcés de coucher avec quelqu'un**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	19,6	270
	Intérieur	14,2	360
Niveau d'instruction	Aucun niveau	15,6	45
	Primaire	13,6	44
	Secondaire	17,3	399
	Supérieur	15,5	84,5
<b>Ensemble</b>		<b>16,5</b>	<b>630</b>

Parmi les enquêtés ayant été forcés la dernière fois de coucher avec quelqu'un, 40,4% ont déclaré avoir été obligés par leurs partenaires sexuels. Ceux-ci sont suivis par les personnes affirmant avoir été forcées la dernière fois par leurs amis (27,9%). On note, tout de même, une proportion notable (17,3%) d'individus déclarant être forcés la dernière fois par des membres de leurs familles. A Lomé, la plupart des individus violés a affirmé être une victime de son partenaire sexuel (39,6%) et d'un ami (39,6%). A l'intérieur du pays, les enquêtés obligés par leurs partenaires sexuels (41,2%) et par des membres de leurs familles (31,4%) sont les plus nombreux.



L'analyse selon le niveau d'instruction montre que les enquêtés forcés la dernière fois pour coucher avec un individu ont, en majorité, déclaré être victime de la part de leurs partenaires sexuels pour chaque niveau d'instruction considéré à l'exception de ceux n'ayant aucun niveau (au moins 39,1%). Ces derniers ont principalement été forcés par leurs amis (57,1%).

**Tableau 8: Répartition des enquêtés selon les personnes qui les ont forcés de coucher la dernière fois et selon certaines caractéristiques socio-démographiques**

		Police/ Militaire	Famille	Partenaire sexuel	Ami	Autres	Effectif
Région	Lomé	0	3,8	39,6	39,6	17	53
	Intérieur	3,9	31,4	41,2	15,7	7,8	51
Niveau d'instruction	Aucun niveau	0	14,3	14,3	57,1	14,3	7
	Primaire	0	16,7	66,7	0	16,7	6
	Secondaire	2,9	20,3	39,1	26,1	11,6	69
	Supérieur	0	9,1	45,5	31,8	13,6	22
	<b>Ensemble</b>	<b>1,9</b>	<b>17,3</b>	<b>40,4</b>	<b>27,9</b>	<b>12,5</b>	<b>104</b>

### VI-5-La perception de la stigmatisation par les MSM

La stigmatisation –discrimination perçue par les MSM est réelle. La plupart des participants MSM interrogés ont indiqué qu'à part le VIH, le risque le plus grand en tant que MSM était représenté par ordre d'importance par :

- ✓ les rejets et la stigmatisation lorsque l'entourage aura connaissance de l'orientation sexuelle ;
- ✓ les IST (gonococcie et syphilis) ;
- ✓ le port des couches engendré par les déchirures et plaies anales liées aux rapports homosexuels ; *MSM, 22 ans, Lomé « Le plus grand risque, c'est finir sa vie avec des couches surtout si on est passif »*
- ✓ la violence à leur encontre du fait de leur homosexualité. *«tôt ou tard, la violence viendra ; la violence sera évidente dans notre société plus attachée aux bonnes mœurs clamées par la communauté, les leaders d'opinions ou les confessions religieuses.» MSM, Lomé, 25 ans.*
- ✓ et l'enfer pour les croyants. MSM 34 ans, Kara a déclaré à la suite de la question sur le le risque le plus élevé à part le VIH que c'est : *« La perte de la chance, ne pas aller au paradis, ne pas avoir d'enfants ... ».*

## VII. LES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUES

Les comportements sexuels des MSM interviewés au cours de cette étude sont caractérisés par un multi-partenariat, des rapports sexuels avec des femmes, la non utilisation systématique de préservatifs et de gels lubrifiant adapté au cours des rapports sexuels.

### VII-1-Nombre de partenaires sexuels hommes

Le nombre de partenaires sexuels hommes est élevé, quels que soit la région et le niveau d'instruction.

#### VII-1-1 Nombre de partenaires hommes au cours des six derniers mois

La quasi-totalité des enquêtés (93%) a eu des relations sexuelles avec au moins un partenaire homme au cours des six derniers mois ayant précédé l'enquête. Durant cette période, plus de la moitié des personnes interviewées ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec au moins deux partenaires hommes (58,1%). Bien que relativement moins nombreux, les individus ayant entretenu des relations avec un seul partenaire sont, d'une manière générale, considérables (34,9%).

La proportion de personnes, ayant eu au moins deux partenaires au cours des six derniers mois, est plus élevée à Lomé qu'à l'intérieur du pays (54,4%). Toutefois, ces deux proportions ne sont pas significativement différentes au seuil de 5%.

Par rapport au niveau d'instruction, on note que plus de 5 individus sur 10 ont entretenu des relations sexuelles avec plusieurs partenaires hommes durant les six derniers mois, quel que soit le niveau considéré. On observe les taux les plus élevés chez les individus ayant atteint les niveaux primaire (65,9%) et supérieur (62,7%). A l'opposé, la plus faible proportion de multi-partenariat est enregistrée chez les personnes de niveau secondaire (55,1%). Par niveau d'instruction, on constate une faible proportion de personnes déclarant n'avoir eu aucun partenaire sexuel homme (moins de 10%) au cours des six derniers mois.

**Tableau 9: Répartition des enquêtés selon le nombre de partenaires hommes et la région / le niveau d'instruction**

		Proportions (%)			Effectif total
		Aucun partenaire	Un partenaire	Au moins deux partenaires	
Région	Lomé	9,3	27,8	63	270
	Intérieur	5,3	40,3	54,4	360
Niveau d'instruction	Aucun niveau	2,2	35,6	62,2	45
	Primaire	6,8	27,3	65,9	44
	Secondaire	6,5	38,3	55,1	399
	Supérieur	9,9	27,5	62,7	142
<b>Ensemble</b>		<b>7,0</b>	<b>34,9</b>	<b>58,1</b>	<b>630</b>

### VII-1-2-Nombre de partenaires hommes actuels

Au moment de l'enquête, environ 1 individu sur deux 2 a affirmé avoir au moins deux partenaires sexuels hommes. Environ, 38,7% des individus interrogés ont déclaré avoir un seul partenaire durant la période de l'enquête. Ces proportions varient selon la région de résidence des enquêtés. La proportion d'individus entretenant des relations sexuelles avec au moins deux partenaires sont plus élevées à l'intérieur (56,1%) qu'à Lomé (43%). Le constat est de même chez les personnes ayant un seul partenaire (39,4% à l'intérieur contre 37,8% à Lomé). Par contre, ceux qui n'avaient aucun partenaire sexuel au moment de l'enquête sont relativement plus nombreux à Lomé (19,3%) qu'à l'intérieur (4,4%).

L'analyse selon le niveau d'instruction montre que ce sont les individus ayant atteint le niveau primaire (61,4%) et ceux n'ayant aucun niveau d'instruction (60%) qui ont enregistré le taux le plus élevé de multi-partenariat. Ces proportions sont relativement moins élevées chez les personnes de niveau secondaire (48,4%) et supérieur (50%) mais demeurent considérables.

En moyenne, les enquêtés ont affirmé avoir au moment de l'enquête un peu moins de deux (2) partenaires hommes. Ce nombre moyen est de 1,91 à Lomé contre 1,88 à l'intérieur. Toutefois, il n'existe pas de différence significative entre ces nombres moyens de partenaires hommes au seuil de 5%. Par rapport au niveau d'instruction, il est estimé à environ deux (2) partenaires hommes quel que soit le niveau considéré.

Quel que soit la région et le niveau d'instruction, le nombre médian de partenaires sexuels hommes au moment de l'enquête est de 2. En d'autres termes, la moitié des individus interrogés a déclaré avoir au moins deux partenaires hommes.

**Tableau 10: Répartition des enquêtés selon le nombre de partenaires hommes et certaines caractéristiques socio-démographiques au moment de l'enquête**

		Proportions (%)			Moyenne	Médian	Effectif total
		Aucun partenaire	Un partenaire	Au moins deux partenaires			
Région	Lomé	19,3	37,8	43,0	1,91	2	270
	Intérieur	4,4	39,4	56,1	1,88	2	360
Niveau d'instruction	Aucun niveau	8,9	31,1	60,0	1,88	2	45
	Primaire	6,8	31,8	61,4	2,05	2	44
	Secondaire	10,3	41,4	48,4	1,85	2	399,0
	Supérieur	14,1	35,9	50,0	2	2	142
<b>Ensemble</b>		<b>10,8</b>	<b>38,7</b>	<b>50,5</b>	<b>1,89</b>	<b>2</b>	<b>630</b>

## VII-2-Rapports sexuels avec des femmes

Au moment de l'enquête la majorité des enquêtés entretenait des relations sexuelles avec une femme (67,5%).

Dans l'ensemble, 36,2% d'individus ont déclaré ne pas être fidèles à une seule partenaire.

Cette pratique est plus ancrée dans la mentalité des personnes interrogées à Lomé. En effet, au moment de l'enquête, 48,1% des enquêtés de Lomé avaient des relations sexuelles avec au moins deux partenaires contre 27,2% à l'intérieur du pays ; soit un nombre médian de cinq (5) partenaires sexuelles femmes pour la ville de Lomé contre un pour l'intérieur.

La pratique du multi-partenariat avec les femmes varie aussi selon le niveau d'instruction. Le fait d'avoir au moins deux partenaires est davantage enregistré chez les individus de niveaux primaire (45,5%) et supérieur (37,3%). Les enquêtés n'ayant aucun niveau d'instruction (31,1%) et ceux ayant un niveau secondaire (35,3%) sont relativement moins nombreux à avoir au moins deux partenaires. On observe, par niveau d'instruction, des proportions relativement élevées de personnes ayant une seule partenaire au moment de l'enquête (au 28,9%).

Par ailleurs, les enquêtés ont déclaré avoir, en moyenne, 1,83 partenaires femmes au moment de l'enquête. Ce nombre moyen est plus élevé à Lomé (2,5) qu'à l'intérieur (1,32). Concernant le niveau d'instruction, il est plus élevé chez les individus ayant atteint un niveau primaire (2,2). En revanche, il est relativement faible chez les personnes n'ayant aucun niveau d'instruction. Toutefois, le nombre moyen de partenaires femmes au moment de l'enquête ne varie pas de façon significative selon le niveau d'instruction au seuil de 5%.

Quel que soit la région de résidence et le niveau d'instruction, le nombre médian de partenaires femmes durant la période de l'enquête est de 1. Cela signifie que la moitié des personnes interviewées avaient au moins 1 partenaire femme à cette époque.

**Tableau 11: Répartition des enquêtés selon le nombre de partenaires femmes et certaines caractéristiques socio-démographiques au moment de l'enquête**

		Proportions (%)			Moyenne	Médiane	Effectif total
		Aucun partenaire	Un partenaire	Au moins deux partenaires			
Région	Lomé	18,1	33,7	48,1	2,51	1	270
	Intérieur	43,3	29,4	27,2	1,32	1	360
Niveau d'instruction	Aucun niveau	40,0	28,9	31,1	1,33	1	45
	Primaire	25,0	29,5	45,5	2,20	1	44
	Secondaire	32,8	31,8	35,3	1,81	1	399,0
	Supérieur	31,7	31,0	37,3	1,92	1	142
<b>Ensemble</b>		<b>32,5</b>	<b>31,3</b>	<b>36,2</b>	<b>1,83</b>	<b>1</b>	<b>630</b>

### VII-3-Utilisation de condom au cours des rapports homosexuels

L'utilisation systématique de condom au cours des rapports sexuels anaux est très faible.

Les résultats suivants présentent les données des 1<sup>er</sup> rapports sexuels qui étaient de nature homosexuelle (1<sup>er</sup> rapports sexuels avec un homme ou avec un homme et une femme à la fois) dits 1<sup>er</sup> rapports homosexuels et les derniers rapports homosexuels.

#### VII-3-1-Utilisation de condom Au cours du 1er rapport homosexuel

Parmi les individus déclarant que leur premier rapport sexuel était homosexuel, seulement 33% affirment avoir utilisé un condom avec le(s) partenaire(s) au cours de ce premier rapport sexuel. Les individus interrogés à Lomé ont une proportion plus grande d'utilisation du condom avec leur partenaire au cours du premier rapport sexuel (36,4%) par rapport à ceux résidant à l'intérieur (31%).

L'analyse selon le niveau d'instruction montre que les personnes ayant un niveau d'étude supérieure ont utilisé plus le condom (37,3%) que leurs collègues des autres niveaux d'instruction, lors de leur premier rapport homosexuel. Ce sont les individus de niveau d'instruction primaire qui enregistrent le plus faible taux d'utilisation du condom (22,7%). Toutefois, cette proportion n'est pas significativement différente de celle observée chez leurs collègues n'ayant aucun niveau d'instruction (28%).

**Tableau 12: Répartition des enquêtés selon l'utilisation du condom au premier rapport sexuel avec un homme et certaines caractéristiques socio-démographiques**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	36,4	151
	Intérieur	31,0	216
Niveau d'instruction	Aucun niveau	28,0	25
	Primaire	22,7	22
	Secondaire	33,5	245
	Supérieur	37,3	75
<b>Ensemble</b>		<b>33,2</b>	<b>367</b>

#### VII-3-2-Utilisation du condom au cours du dernier rapport homosexuel

Comparé au 1<sup>er</sup> rapport homosexuel, l'utilisation de condom au cours des rapports sexuels a vu une augmentation passant de 33% à 71,7%.

Cette proportion (71,7%) semble être influencée par le niveau d'instruction (Proba Chi-deux=0,00) et la région de résidence (0,01). Toutefois, la proportion des résidents de Lomé l'ayant utilisé n'est pas significativement différente de ceux de l'intérieur. Il en est

de même pour les proportions des individus sans niveau et de niveau primaire l'ayant utilisé. Mais la différence apparaît pour les enquêtés ayant un niveau d'instruction au moins égal au niveau secondaire. Ainsi, pour les individus ayant un niveau supérieur au primaire, plus leur niveau d'instruction est élevé, plus ils sont nombreux à utiliser le condom: 85,9% des gens du niveau supérieur l'ont utilisé contre 68,9% des gens du secondaire.

**Tableau 13: Répartition des MSM ayant utilisé un condom à leur dernier rapport homosexuel selon le niveau d'instruction et la région de résidence**

		Effectif	Proportions (%)	Total
<b>Région de résidence</b>	Lomé	212	78,5	270
	Intérieur	240	66,7	360
<b>Niveau d'instruction</b>	Aucun niveau	27	60,0	45
	Primaire	28	63,6	44
	Secondaire	275	68,9	399
	Supérieur	122	85,9	142
<b>Total</b>		<b>452</b>	<b>71,7</b>	<b>630</b>

### **VII-3-3-Lieu d'obtention du condom utilisé au cours du dernier rapport homosexuel**

Le condom utilisé au cours du dernier rapport homosexuel est apporté pour la majorité des enquêtés (36,3%) par le partenaire. Très peu de personnes achètent le condom à la pharmacie (seulement 14,8%).

Cette répartition semble être liée à la région de résidence (Proba Chi deux=0,00). La proportion de personnes achetant le condom à la pharmacie est plus élevée à Lomé (20,8%) contre seulement 7,6% à l'intérieur du pays. Par ailleurs, près de 40% des enquêtés de l'intérieur achètent le condom à la boutique alors qu'à Lomé, très peu d'individus achètent le condom à la boutique (7,5).

S'agissant du niveau d'instruction, très peu de personnes achètent le condom à la pharmacie, moins de 12% à l'exception des individus ayant un niveau supérieur (25,4%). Ceux ayant reçu le condom de leurs partenaires ou achetés dans une boutique sont généralement les plus nombreux par niveau d'instruction.

**Tableau 14: Répartition des MSM par lieu d'achat du condom pour leur dernier rapport selon le niveau d'instruction et la région de résidence**

		Proportions (%)					Total
		Boutique	Pharmacie	Don d'un ami	Partenaire	Autres	
<b>Région de résidence</b>	Lomé	7,5	20,8	19,8	41,0	10,8	212
	Intérieur	38,8	9,6	16,3	32,1	3,3	240
<b>Niveau d'instruction</b>	Aucun niveau	25,9	3,7	25,9	44,4	,0	27
	Primaire	35,7	10,7	21,4	28,6	3,6	28
	Secondaire	28,7	11,6	16,4	37,1	6,2	275
	Supérieur	10,7	25,4	18,9	34,4	10,7	122
<b>Total</b>		<b>24,1</b>	<b>14,8</b>	<b>17,9</b>	<b>36,3</b>	<b>6,9</b>	<b>452</b>

#### **VII-4-Utilisation de lubrifiant au cours des rapports homosexuels**

L'utilisation de gel lubrifiant adapté au cours des rapports sexuels anaux est moins systématique que l'utilisation du condom. Certes, une plus grande proportion de MSM ont affirmé avoir utilisé des gels lubrifiants mais ceux-ci ne sont pas à base d'eau, ce sont notamment le beurre de karité, de la crème de teint ou du corps, du savon.

##### **VII-4-1-Utilisation de lubrifiant au cours du 1er rapport homosexuel**

Environ, 40,9% des personnes interrogées ont déclaré avoir utilisé un gel lubrifiant au cours du 1<sup>er</sup> rapport homosexuel. Cette proportion varie de façon significative selon la région de résidence. Elle est plus élevée à l'intérieur du pays (43,1%) qu'à Lomé (37,7%) ; ceci pourrait s'expliquer par la proportion de personnes ayant entretenu leur premier rapport sexuel avec un homme qui est plus élevée à l'intérieur (56,4%) qu'à Lomé (54,8%). Il en est de même chez les individus déclarant avoir eu leur première relation sexuelle avec un homme et une femme à la fois, bien que ces proportions soient faibles (3,3% à l'intérieur et 0,8% à Lomé).

Par rapport au niveau d'instruction, on constate que les enquêtés ayant atteint le niveau d'instruction secondaire (44,9%) ont plus tendance à utiliser un gel lubrifiant au cours du premier rapport homosexuel. Cette proportion est aussi importante chez les individus n'ayant aucun niveau d'instruction (40%). Par contre, les individus de niveau primaire (27,3%) sont relativement moins nombreux à avoir utilisé un gel lubrifiant.

**Tableau 15: Répartition des enquêtés selon l'utilisation d'un gel lubrifiant au premier rapport sexuel avec un homme et certaines caractéristiques socio-démographiques**

		Proportion (%)	Effectif total
Région	Lomé	37,7	151
	Intérieur	43,1	216
Niveau d'instruction	Aucun niveau	40	25
	Primaire	27,3	22
	Secondaire	44,9	245
	Supérieur	32	75
<b>Ensemble</b>		<b>40,9</b>	<b>367</b>

▪ **Nature du gel lubrifiant**

En général, les gels lubrifiants utilisés par les enquêtés lors de leur premier rapport sexuel ne sont pas adaptés. Seulement, 13,1% d'individus interrogés ont déclaré avoir utilisé un gel lubrifiant de bonne qualité au cours de ce rapport sexuel. Cette proportion est faible quelle que soit la région de résidence. Le taux enregistré à Lomé est plus élevé (16,6%) que celui observé à l'intérieur du pays (10,6%) Toutefois, ces proportions ne sont pas différentes de façon notable au seuil de 5%.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, on note une faible utilisation de gel lubrifiant de bonne qualité au cours du premier rapport sexuel avec un homme quel que soit le niveau. Les personnes interrogées ayant atteint les niveaux secondaire et supérieur sont relativement plus nombreux à avoir utilisé un gel de bonne qualité (respectivement 13,9% et 13,3%). Ces proportions sont plus faibles chez les individus n'ayant pas atteint le niveau secondaire (moins de 10%).

L'âge relativement bas au cours du 1<sup>er</sup> rapport sexuel qui s'est fait avec un homme pourrait en être l'explication.

**Tableau 16: Répartition des enquêtés utilisant un gel lubrifiant de bonne qualité au premier rapport sexuel avec un homme selon certaines caractéristiques socio-démographiques**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	16,6	151
	Intérieur	10,6	216
Niveau d'instruction	Aucun niveau	8	25
	Primaire	9,1	22
	Secondaire	13,9	245
	Supérieur	13,3	75
<b>Ensemble</b>		<b>13,1</b>	<b>367</b>



#### **VII-4-2-Utilisation de lubrifiant au cours du DERNIER rapport homosexuel**

L'utilisation de lubrifiant a été pratiquée par 73,2% des enquêtés au cours de leur dernier rapport homosexuel. Cette proportion est liée à la fois au niveau d'instruction et au lieu de résidence (Proba Chi-deux=0,00 dans les deux cas). Les habitants de Lomé sont plus nombreux à utiliser un gel lubrifiant. En effet, 89,3% des résidents de Lomé l'ont utilisé au cours de leur dernier rapport sexuel contre seulement 61,1% des résidents de l'intérieur du pays.

Quel que soit le niveau d'instruction considéré, plus de la moitié des enquêtés ont utilisé le gel lubrifiant lors du dernier rapport sexuel. Les enquêtés ayant un niveau supérieur ont enregistré la proportion la plus élevée de personnes ayant utilisé le gel lubrifiant à leur dernier rapport (85,9%). Ce taux est moins élevé chez les personnes de niveau primaire.

**Tableau 17: Répartition des MSM ayant utilisé un gel lubrifiant à leur dernier rapport selon le niveau d'instruction et la région de résidence**

		Effectif	Proportions (%)	Total
<b>Région de résidence</b>	Lomé	241	89,3	270
	Intérieur	220	61,1	360
<b>Niveau d'instruction</b>	Aucun niveau	32	71,1	45
	Primaire	23	52,3	44
	Secondaire	284	71,2	399
	Supérieur	122	85,9	142
<b>Ensemble</b>		<b>461</b>	<b>73,2</b>	<b>630</b>

#### **▪ Lieu d'achat du gel lubrifiant utilisé au cours du dernier rapport**

Dans l'ensemble, la majorité des individus enquêtés déclare que le gel utilisé pour son dernier rapport sexuel a été apporté par son partenaire. Seulement, 7,2% parmi eux affirment l'avoir acheté à la boutique. PSI apparaît comme le plus important distributeur de gel aux enquêtés : environ 24% des enquêtés l'ont acquis par son intermédiaire. La voie d'acquisition du gel est liée seulement au lieu de résidence (Proba Chi-deux=0,01). Indépendamment du lieu de résidence, les enquêtés affirment sensiblement dans les mêmes proportions que lors de leur dernier rapport, le gel a été apporté par leur partenaire. Par ailleurs, une plus grande proportion des résidents de Lomé achètent leur gel avec PSI (27,1%) et à la pharmacie (17,5%) comparés à leurs collègues de résidant à l'intérieur du pays.

Par rapport au niveau d'instruction, les enquêtés déclarent, en majorité, avoir reçu de leurs partenaires le gel lubrifiant utilisé lors de leur dernier rapport sexuel. On note aussi des proportions notables de personnes de niveaux secondaire (26,6%) et supérieur (24,8%) ayant acquis le gel lubrifiant par l'intermédiaire de PSI.

**Tableau 18: Répartition des MSM par lieu d'achat du condom pour leur dernier rapport selon le niveau d'instruction et la région de résidence**

		Proportion de MSM ayant un rapport avec un homme						Total
		Boutique	Pharmacie	Don d'un ami	Partenaire	PSI	Autres	
<b>Région de résidence</b>	Lomé	2,5	17,5	11,7	40	27,1	1,3	240
	Intérieur	12,4	13,8	7,3	39,4	20,6	6,4	218
<b>Niveau d'instruction</b>	Aucun niveau	12,5	18,8	6,3	46,9	9,4	6,3	32
	Primaire	4,3	13	13	52,2	8,7	8,7	23
	Secondaire	8,5	14,2	7,4	39,4	26,6	3,9	282
	Supérieur	3,3	19	14,9	36,4	24,8	1,7	121
<b>Total</b>		<b>7,2</b>	<b>15,7</b>	<b>9,6</b>	<b>39,7</b>	<b>24</b>	<b>3,7</b>	<b>458</b>

▪ **Nature du gel lubrifiant**

Parmi les MSM déclarant avoir utilisé du gel lubrifiant au cours du dernier rapport homosexuel, un peu plus de 6 individus sur 10 ont déclaré avoir utilisé du gel adapté. L'utilisation de gel lubrifiant au cours de ce rapport semble être associée à la région de résidence. A Lomé (69,3%), les enquêtés ont utilisé, au cours de ce rapport, plus de lubrifiant de bonne qualité que leurs collègues de l'intérieur du pays (52,7%).

L'utilisation de gel lubrifiant de bonne qualité au cours du dernier rapport varie également selon le niveau d'instruction. Les enquêtés de niveaux supérieur (66,4%) et secondaire (62%) ont enregistré les taux les plus élevés. Par contre, les gels de bonne qualité n'ont souvent pas été utilisés par les individus n'ayant aucun niveau d'instruction : seulement 43,8% d'entre eux ont affirmé avoir utilisé de gel lubrifiant adapté. Il faut noter que cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle observée chez les personnes de niveau d'instruction primaire (52,2%).

**Tableau 19: Répartition des enquêtés utilisant un gel lubrifiant de bonne qualité au dernier rapport sexuel avec un homme selon certaines caractéristiques socio-démographiques**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	69,3	241
	Intérieur	52,7	220
Niveau d'instruction	Aucun niveau	43,8	32
	Primaire	52,2	23
	Secondaire	62	284
	Supérieur	66,4	122
<b>Ensemble</b>		<b>61,4</b>	<b>461</b>

## VII-5-Rapports sexuels et argent

Dans l'ensemble, une proportion notable des enquêtés (26,3%) a affirmé avoir déjà payé de l'argent pour avoir des rapports sexuels. Cette proportion est liée à la région de résidence (Chi-deux Proba=0). Elle est plus élevée à l'intérieur (33,1%) qu'à Lomé (17,4%).

Par contre, ces rapports sexuels moyennant de l'argent ne semblent pas être liés au niveau d'instruction. Toutefois, la proportion de personnes ayant déjà payé de l'argent pour avoir des rapports sexuels varie selon le niveau d'instruction. Ce sont les individus n'ayant aucun niveau (37,8%) et ceux ayant atteint un niveau primaire (31,8%) qui enregistrent les proportions les plus élevées. On note, en revanche, le taux le moins élevé chez les personnes de niveau supérieur (20,4%). Il convient de noter qu'il n'y a pas de différence significative, au seuil de 5%, entre les proportions observées chez les personnes n'ayant aucun niveau et celles dont le niveau d'instruction est primaire.

**Tableau 20: Répartition des enquêtés ayant déjà payé de l'argent pour avoir des rapports sexuels**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	17,4	270
	Intérieur	33,1	360
Niveau d'instruction	Aucun niveau	37,8	45
	Primaire	31,8	44
	Secondaire	26,6	399
	Supérieur	20,4	142
<b>Ensemble</b>		<b>26,3</b>	<b>630</b>

Un peu moins de la moitié des enquêtés (46,2%) a déclaré avoir déjà reçu des cadeaux ou de l'argent pour faire des rapports sexuels avec quelqu'un. Cette proportion semble être liée à la région de résidence (Chi-deux Proba=0). Elle est plus élevée à l'intérieur du pays (56,7%) qu'à Lomé (32,2%).

L'analyse selon le niveau d'instruction montre que la proportion d'individus ayant reçu des cadeaux ou de l'argent varie selon le niveau d'instruction. Ce sont les individus de niveaux primaire (52,3%) et secondaire (51,4%) qui sont les plus nombreux à affirmer avoir reçu des cadeaux ou de l'argent pour faire des rapports sexuels avec quelqu'un. Cette proportion est relativement moins élevée chez les enquêtés ayant atteint le niveau d'instruction supérieur (30,3%).

**Tableau 21: Répartition des enquêtés ayant déjà reçu des cadeaux ou de l'argent pour avoir des rapports sexuels**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	32,2	270
	Intérieur	56,7	360
Niveau d'instruction	Aucun niveau	44,4	45
	Primaire	52,3	44
	Secondaire	51,4	399
	Supérieur	30,3	142
<b>Ensemble</b>		<b>46,2</b>	<b>630</b>

## VIII. INDICATEURS UNGASS

Les présents indicateurs UNGASS ont été calculés selon les directives pour l'établissement des rapports 2010 (13).

### VIII-1-Testing

L'indicateur UNGASS de '**Testing**' ou dépistage du VIH, est le pourcentage de MSM ayant fait le test de dépistage du VIH/sida et pris le résultat durant les 12 derniers mois.

D'une manière générale, 52.9% des MSM interviewés ont affirmé avoir fait leur test de dépistage de VIH/sida et pris leur résultat au cours des 12 derniers mois.

En effet, on constate que la quasi-totalité des personnes interviewées (99,5%) ont déclaré avoir fait ce test au cours des derniers mois. Il en est presque de même quel que soit la région de résidence, le niveau d'instruction ou le groupe d'âge.

Parmi les enquêtés ayant fait le test de dépistage durant les 12 derniers mois, la presque totalité d'entre eux (90,7%) a affirmé avoir pris le résultat de son test. Quel que soit la région de résidence ou le niveau d'instruction, cette proportion est supérieure à 85%.

Même si le fait de prendre le résultat de son test de dépistage effectué au cours des 12 derniers mois semble être associé au groupe d'âge, on ne note pas de différence significative au seuil de 5% entre la proportion de personnes âgées de moins de 25 ans affirmant avoir pris leurs résultats et celle observée chez les individus âgés de 25 ans et plus.

**Tableau 22: Répartition des enquêtés déclarant avoir fait le test de dépistage durant les 12 derniers mois**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	99,4	171
	Intérieur	99,5	198
Niveau d'instruction	Aucun niveau	100	13
	Primaire	100	20
	Secondaire	99,1	226
	Supérieur	100	110
Groupe d'âge	Moins de 25 ans	99,5	183
	25 ans et plus	99,5	186
<b>Ensemble</b>		<b>99,5</b>	<b>369</b>

**Tableau 23: Répartition des enquêtés déclarant avoir pris le résultat parmi ceux qui ont fait le test de dépistage durant les 12 derniers mois**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	93,5	170
	Intérieur	88,3	197
Niveau d'instruction	Aucun niveau	92,3	13
	Primaire	90	20
	Secondaire	90,2	224
	Supérieur	91,8	110
Groupe d'âge	Moins de 25 ans	87,4	182
	25 ans et plus	94,1	185
<b>Ensemble</b>		<b>90,7</b>	<b>367</b>

D'une manière générale, un peu plus de 1 individu sur 2 ont affirmé avoir fait leur test de dépistage de VIH/sida et pris leur résultat au cours des 12 derniers.

Cette proportion varie selon la région de résidence. Elle est plus élevée à Lomé (58,9%) qu'à l'intérieur.

Par rapport au niveau d'instruction, on note que plus le niveau d'instruction des enquêtés est élevé, plus ils sont nombreux à faire le test de dépistage et à prendre le résultat de leurs tests. Ainsi, les taux les plus élevés sont observés chez les individus de niveaux supérieur (71,1%) et secondaire (50,6%). Les individus n'ayant aucun niveau d'instruction enregistrent le taux le plus faible (seulement 26,7%).

Le test de dépistage du VIH et la connaissance du résultat varie selon le groupe d'âge. Les individus âgés de 25 ans et plus sont plus nombreux à faire leur test de dépistage du

VIH et à prendre les résultats de leurs tests (60,4%) que ceux âgés de moins de 25 ans (46,5%).

**Tableau 24: Répartition des enquêtés déclarant avoir fait le test de dépistage et pris le résultat durant les 12 derniers mois**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	58,9	270
	Intérieur	48,3	360
Niveau d'instruction	Aucun niveau	26,7	45
	Primaire	40,9	44
	Secondaire	50,6	399
	Supérieur	71,1	142
Groupe d'âge	Moins de 25 ans	46,5	342
	25 ans et plus	60,4	288
<b>Ensemble</b>		<b>52,9</b>	<b>630</b>

### VIII-2-Couverture

L'indicateur 'Couverture' ou programme de prévention destinés aux MSM est le pourcentage de MSM atteints par les programmes de VIH.

Dans cette étude, il s'est agit des personnes déclarant :

- ✓ avoir eu recours à une structure de santé pour gay pour le diagnostic/traitement d'un épisode d'IST au cours des 12 derniers mois OU
- ✓ avoir fréquenté une structure offrant des soins aux gays (les structures étant connues) au cours des 12 derniers mois.

De façon globale, la couverture des individus interrogés par les programmes de VIH demeure faible. Au total, 12,9 % de personnes interviewées ont déclaré être atteintes par les programmes VIH en direction des gays en 2009.

Ce taux de couverture semble être associé à la région de résidence. Il est plus élevé à Lomé (20,7%) par rapport à l'intérieur du pays (6,9%).

Le taux de couverture des enquêtés par les programmes de VIH varie aussi en fonction du niveau d'instruction. Le taux le plus élevé est enregistré chez les individus ayant atteint un niveau d'instruction supérieur (un peu plus de 1 individu sur 5). Il est plus faible chez les enquêtés n'ayant pas atteint le niveau d'instruction secondaire (moins de 7% seulement).

Bien que la couverture des enquêtés par les programmes de VIH ne varie pas en fonction du groupe d'âge, on constate une différence significative au seuil de 5% entre les groupes : le taux de couverture est plus élevé chez les personnes âgées de 25 ans et plus que chez leurs collègues âgées de moins de 25 ans.

**Tableau 25 : Répartition des enquêtés ayant été atteints par les programmes de VIH/sida**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	20,7	270
	Intérieur	6,9	360
Niveau d'instruction	Aucun niveau	6,7	45
	Primaire	6,8	44
	Secondaire	10,8	399
	Supérieur	22,5	142
Groupe d'âge	Moins de 25 ans	11,7	342
	25 ans et plus	14,2	288
<b>Ensemble</b>		<b>12,9</b>	<b>630</b>

### VIII-3-Connaissance en matière de prévention de la transmission du VIH

C'est le pourcentage de MSM possédant tout à la fois les connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales fausses idées concernant la transmission du virus.

Cet indicateur de connaissance a été mesuré par le pourcentage de personnes ayant répondu correctement à une série de questions indiquées comme suit :

'Pour ne pas attraper le sida, il faut :

- ✓ utiliser toujours le condom avec les hommes et avec les femmes ;
- ✓ rester fidèle à un seul copain ;
- ✓ éviter de manger dans le même plat qu'un malade ayant le sida ;
- ✓ éviter les piqûres de moustiques.'

De façon générale, plus de la moitié des personnes interrogées (54.9%) connaît les modes de prévention et de transmission du VIH.

Un peu plus de 1 individu sur 2 ont répondu correctement aux questions relatives aux modes de prévention et aux fausses idées de transmission du VIH/sida.

Si la connaissance en matière de prévention de la transmission du VIH semble être associée à la région de résidence, on constate tout de même une différence non significative au seuil de 5% dans cette connaissance entre les individus résidant à Lomé et ceux de l'intérieur du pays.

La connaissance en matière de prévention de la transmission du VIH varie également en fonction du niveau d'instruction. Les personnes ayant atteint le niveau d'instruction supérieur (74,6%) sont les plus nombreuses à connaître ces modes. Elles sont suivies par les individus de niveau secondaire (52,6%). On note la proportion la plus faible chez les enquêtés dont le niveau d'instruction est primaire. Toutefois, cette proportion n'est pas significativement différente de celle observée chez les individus n'ayant aucun niveau d'instruction.

Bien que la connaissance en matière de prévention de la transmission du VIH ne semble être liée au groupe d'âge, on constate une différence significative entre les individus âgés de moins de 25 ans (57,3%) et ceux âgés de 25 ans et plus (52,1%).

**Tableau 26: Répartition des enquêtés connaissant les modes de prévention et de transmission du VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	64,1	270
	Intérieur	48,1	360
Niveau d'instruction	Aucun niveau	42,2	45
	Primaire	25	44
	Secondaire	52,6	399
	Supérieur	74,6	142
Groupe d'âge	Moins de 25 ans	57,3	342
	25 ans et plus	52,1	288
<b>Ensemble</b>		<b>54,9</b>	<b>630</b>

#### VIII-4-Comportement

L'indicateur UNGASS de '**Comportement**' est le pourcentage d'homme déclarant avoir utilisé un condom lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin.

En accord avec la méthode de calcul (nombre de MSM déclarant avoir utilisé un condom au cours du dernier rapport sexuel/ nombre de MSM ayant eu des rapports sexuels avec un homme au cours des six derniers mois N= 586), 72,9% de MSM interrogés ont affirmé avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel avec un homme.

L'utilisation des condoms au cours de ce rapport sexuel est liée à la région de résidence des enquêtés. La proportion de personnes ayant utilisé des préservatifs durant la dernière relation sexuelle est plus élevée à Lomé (80%) qu'à l'intérieur du pays (67,7%).

L'utilisation des préservatifs au cours du dernier rapport sexuel varie également selon le niveau d'instruction. Plus le niveau d'instruction est élevé, plus les individus ont tendance à utiliser des préservatifs au cours du dernier rapport sexuel. Le taux d'utilisation le plus élevé est enregistré chez les individus ayant atteint un niveau d'instruction supérieur (85,9%). Les personnes n'ayant aucun niveau d'instruction sont relativement moins nombreux à utiliser des condoms au cours de ce rapport sexuel (61,4%) même si leur proportion n'est pas significativement distincte de celle des individus ayant atteint le niveau primaire (65,9%).

Si l'utilisation des préservatifs au cours du dernier rapport semble être associée au groupe d'âge, on remarque que la différence au seuil de 5% dans cette utilisation n'est



pas significative entre les individus âgés de moins de 25 ans et ceux âgés de 25 ans et plus.

**Tableau 27: Répartition des enquêtés déclarant avoir utilisé des préservatifs au cours du dernier rapport sexuel**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	80	245
	Intérieur	67,7	341
Niveau d'instruction	Aucun niveau	61,4	44
	Primaire	65,9	41
	Secondaire	70,5	373
	Supérieur	85,9	128
Groupe d'âge	Moins de 25 ans	67,9	318
	25 ans et plus	78,7	268
<b>Ensemble</b>		<b>72,9</b>	<b>586</b>

### VIII-5-Prévalence des IST et du VIH

Au cours de l'étude aucun test de laboratoire n'a été effectué pour le dépistage du VIH et la recherche des IST endéans de l'étude.

Néanmoins, des informations sur la prévalence des IST chez les enquêtés ont été obtenues en posant une série de questions concernant la manifestation des symptômes qui sont : l'écoulement d'un liquide anormal ou du pus du sexe, des douleurs en urinant, des boutons ou plaies sur le sexe ou au niveau de l'anus.

Dans l'ensemble, 112 individus interrogés (18%) ont déclaré avoir déjà eu une IST au cours de leur vie.

8,6% ont déclaré avoir eu au moins un de ces symptômes au cours des 12 derniers mois.

La prévalence des IST ne semble être liée à la région de résidence (Chi-deux Proba=0,07). Toutefois, elle est relativement plus élevée à l'intérieur du pays (10,3%) par rapport à Lomé (6,3%). D'une manière générale, le taux de prévalence d'IST au cours des 12 derniers mois ne varie pas significativement selon le niveau d'instruction : les proportions de personnes affirmant avoir eu un symptôme d'IST durant les 12 derniers mois pour les différents niveaux d'instruction ne sont pas statistiquement différentes, à l'exception de celle enregistrée chez les individus de niveau secondaire. Ce groupe de personnes est le moins touché par les IST (8%) au cours des 12 derniers mois.

L'analyse de la prévalence des IST montre qu'elle varie selon le groupe d'âge (Chi-deux Proba=0,037). Le taux de prévalence des IST est plus élevé chez les personnes âgées de 25 ans (11,1%) que chez leurs collègues âgées de moins de 25 ans (6,4%).

**Tableau 28: Répartition des enquêtés ayant eu une IST au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques socio-démographiques**

		Proportions (%)	Effectif total
Région	Lomé	6,3	270
	Intérieur	10,3	360
Niveau d'instruction	Aucun niveau	11,1	45
	Primaire	9,1	44
	Secondaire	8	399
	Supérieur	9,2	142
Groupe d'âge	Moins de 25 ans	6,4	342
	25 ans et plus	11,1	288
<b>Ensemble</b>		<b>8,6</b>	<b>630</b>

## **IX. LES BESOINS SPECIFIQUES EN MATIERE DE PREVENTION DES IST ET VIH/SIDA ET DE PRISE EN CHARGE**

De manière générale, les MSM déclarent avoir accès aux informations sur les IST, le VIH/sida (connaissance, mode de transmission, mode de prévention, traitement ou prise en charge socio-médicale et psychologique).

Cependant, cet accès est plus important et ressenti à Lomé à cause des activités menées dans ce sens par PSI et les autres ONG « *La pub sur les IST/VIH/sida où 2 hommes âgés ont dit: c'est comme si tu couchais avec moi, est un message adressé aux hétéros ayant des relations sexuelles multiples mais s'adapte bien pour faire accepter les homo* » **MSM, pair éducateur de 30 ans de Lomé.**

Les MSM pensent que ces informations sont plus destinées à la pratique sexuelle hétéro qu' homo puisqu'il n'est pas dit de manière explicite selon eux, les risques d'infections lors des rapports sexuelles buccaux ou anaux.

Au niveau de Lomé, les services offerts par les prestataires privés (ONG/associations) ont un degré de satisfaction acceptable par rapport aux prestataires publics parce qu'ils ont intégré les activités de prise en charge des MSM dans leurs programme et l'orientation sexuelle ne constitue pas un handicap à l'accessibilité des services comme les soins, le counselling et la prise en charge.

Quand à l'intérieur du pays, aucun service ne vise spécifiquement les MSM.

**Tableau 29: Récapitulatif de l'accessibilité des MSM aux informations sur les IST (surtout anales et buccales), le VIH, le dépistage et la prise en charge**  
obtenues au cours des focus groupes

	<b>La situation actuelle présentée par les MSM</b>	<b>Les souhaits</b>
<b>Que savez-vous sur les IST ?</b>	<p>Les types de messages et les circuits utilisés sont plus généraux et ne visent pas les homosexuels comme l'affirme un MSM de Lomé</p> <p>Les canaux de communication utilisés ne sont pas accessibles pour tous et surtout ne prennent pas en compte les besoins des homosexuels.</p> <p><i>« l'homosexualité est tabou : les informations sur IST/VIH sont orientées vers les hétéro sauf PSI qui me donne des info sur les homo »</i></p> <p><i>Propos d'un MSM de 25 ans à Lomé</i></p>	<p><b>Quels types d'informations souhaitez-vous avoir et par quels canaux ?</b></p> <p>✓ Messages souhaités -<i>Thème</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ les risques des pratiques sexuelles par voie anale, buccale et/ou hétérosexuelles ou homosexuelles ;</li> <li>➤ l'utilisation des préservatifs lors des pratiques sexuelles (par voie anales, buccales, sexuelles, hétérosexuelles ou, et homosexuelles)</li> <li>➤ les infections anales : identification, voies et mode de transmission, mode de prévention et traitement</li> </ul> <p>✓ <i>les canaux de communications</i> : Sensibilisation, campagnes d'informations, mass-médias et des soirées gays</p> <p>✓ <i>Les circuits</i>: Prestataires privées ou publics, pairs éducateurs, centre d'éducation ou de formation, lieu de travail, night club, hôtels...</p> <p><i>« Un pair MSM de 28 ans : si il (l'état) pouvait faire comme PSI en organisant des réunions mensuelles »</i></p>
<b>Counselling et test de dépistage VIH</b>	<p>Le Counselling et test de dépistage sont très satisfaisants également tant par les prestataires publics que privés. Ils souhaitent que ces domaines demeurent gratuits dans le strict respect de leur orientation sexuelle.</p>	<p>Il faut rendre plus accessibles le Counselling et le test dépistage aux homosexuels surtout des villes de l'intérieur.</p> <p>Consolider les stratégies et la pratique actuelles en augmentant le nombre de personnel surtout à l'intérieur du pays.</p>
<b>Prise en charge</b>	<p>La prise en charge est satisfaisante lorsqu'il ne s'agit pas d'une IST provoquée par les pratiques homosexuelles</p>	<p>ils souhaitent avoir des informations sur les IST anales et buccales, des</p>

<b>IST</b>	(anales, buccales ou sexuelles) tant auprès des structures officielles ou publiques et privées.	soins des IST et des préservatifs gratuits.  Les IST qu'elles soient anales, buccales ou autres doivent être traitées comme telles sans moralisation aussi bien dans les structures sanitaires privées que publiques.
<b>*VIH</b>  <i>Prise en charge médicale</i>	<p>La prise en charge psychosociale se réduit à la compassion, au soutien moral et non à un véritable accompagnement psychothérapeutique</p> <p>La prise en charge nutritionnelle est non accessible à toutes les personnes atteintes de VIH. De plus, elle est n'est pas qualitative et quantitative sur le long terme puisque très souvent on pense que vous allez inexorablement vers la mort.</p> <p><i>Médicale :</i></p> <p>Elle est satisfaisante dans l'ensemble parce que les MSM sont considérés comme des malades ordinaires ni plus ni moins lorsqu'il s'agit des centres de référence (privés, ONG). Cette PEC médicale n'est pas spécifique du fait que le malade est MSM, mais plutôt parce qu'il est PVVIH ; donc pas vraiment complète dans les aspects de sexualité car cet aspect (homosexualité) est occulté.</p>	<p>✓ <i>Psychosociale</i> : amélioration de la qualité de prise en charge sociale en préparant la famille et l'entourage à réduire le rejet ou l'acceptation fataliste ; une prise en charge psychosociale indépendamment du choix de la pratique sexuelle à plein temps et de manière continue partout où l'on se trouve ; faite par les structures ou du personnel bien adapté.</p> <p>✓ <i>Médicale</i> : Une prise en charge globale, de manière continue, aussi bien des maladies opportunistes que des médicaments ARV des PVVIH sans tenir compte de l'orientation sexuelle ; un accès aux ARV à toutes les maladies et par tout où ils se retrouvent. <i>Un MSM de 38 ans Lomé</i> : « Réduction des coûts des soins est une chance pour aider les MSM pauvres »</p> <p>✓ <i>Nutritionnelle</i> : une prise en charge nutritionnelle alimentaire qualitative et quantitative sans tenir compte de l'orientation sexuelle. qu'elle soit qualitative, quantitative et continue surtout pour les PVVIH ayant moins de moyen ou rejeté par la famille ou la communauté.</p>

## **X. STRATEGIE D'OFFRE DE SERVICES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE PROXIMITE DANS UN CADRE DE CONFIDENTIALITE ADAPTEE AUX MSM**

Comme toutes les populations vulnérables et à hauts risques de transmission du VIH, les MSM du Togo ont des besoins spécifiques dans l'offre de service.

Le caractère confidentiel et non stigmatisant de l'offre de service étant un critère fondamental auquel devra s'ajouter les autres éléments. Ces autres éléments ci-après cités devront répondre aux besoins et à la spécificité de la pratique sexuelle homme-homme. Ce sont comme composantes de ces besoins spécifiques :

### **X-1-Prévention du VIH**

#### **X-1-1-La communication pour le changement de comportement (CCC) et l'acquisition de life skills**

Spécifiques à la pratique homosexuelle, par des messages de sensibilisation portant sur des sujets tels que : les IST, les risques des pratiques sexuelles par voie anales, buccales et/ou hétérosexuelles ou homosexuelles ; l'utilisation des préservatifs lors des pratiques sexuelles (par voie anales, buccales, sexuelles, hétérosexuelles ou, et homosexuelles) ; les infections anales : identification, voies et mode de transmission, mode de prévention et traitement.

- *les canaux de communications multiples* : Sensibilisation, campagnes d'informations, mass-médias et des soirées gays
- *Les circuits*: aussi bien les prestataires privés que publics, les pairs éducateurs, les centres d'éducation ou de formation, lieu de travail, night club, hôtels...

« Un pair MSM de 28 ans : si il (l'état) pouvait faire comme PSI en organisant des réunions mensuelles »

« L'homosexualité est tabou : les informations sur IST/VIH sont orientées vers les hétéro sauf PSI qui me donne des info sur les homo » **Propos d'un MSM de 25 ans à Lomé**

#### **X-1-2-Counselling et test de dépistage**

Aussi bien par les prestataires publics que privés, ce service devra rester gratuit dans le strict respect de l'orientation sexuelle. Son accessibilité géographique devra être améliorée surtout au niveau des villes de l'intérieur. L'approche de stratégie mobile au cours des soirées ou activités auprès des MSM devra être renforcée.

#### **X-1-3-Les intrants : les préservatifs et les lubrifiants**

- ✓ Des informations, sensibilisations sur l'importance de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants au cours des rapports sexuels anaux devront être faites.
- ✓ l'amélioration de l'accessibilité géographique en particulier des lubrifiants à base d'eau : les circuits d'approvisionnement devront être plus fluides et faciles aussi

bien dans la capitale que pour les autres régions du pays de façon à assurer une meilleure disponibilité du produit.

*Un MSM de 18 ans de Sokodé : « Revoir le prix des soins de santé » « j'ai deux partenaires l'un sur place et l'autre à Kara. C'est difficile de trouver les lubrifiants. L'ATEBEF vend seulement des condoms »*

- ✓ Accessibilité financière par la réduction des coûts en particulier du gel lubrifiant.

#### **X-1-4-La prise en charge des IST**

- ✓ En particulier pour les IST provoquées par les pratiques homosexuelles (anales, buccales ou sexuelles) tant auprès des structures officielles ou publiques et privées. « *Un MSM qui ne comprend que l'anglais et éwé a dit: Qui de nous peut se présenter s'il a une infection anale au CMS ? Disons-nous la vérité* »
- ✓ Cette prise en charge devra comporter des informations sur les IST anales et buccales, des soins des IST et des préservatifs gratuits.
- ✓ Le traitement devra être comme dans le cas d'une IST normale « hétérosexuelle », sans moralisation particulière aussi bien dans les structures sanitaires privées que publiques. Ce traitement pourra si possible être à moindre coût en tenant compte du fait qu'il s'agit d'une population à haut risque ; si possible des kits IST devront être disponibilisés comme dans le cas des travailleuses du sexe (TS) femmes.

### **X-2-Prise en charge du VIH**

#### **X-2-1-Psychosociale**

La PEC psychosociale devra être améliorée et faite par les structures ou du personnel bien qualifié, en tenant compte des aspects spécifiques pour MSM ; notamment :

- ✓ préparer la famille et l'entourage à réduire le rejet ou l'acceptation fataliste ;
- ✓ et préparer le MSM à accepter son homosexualité et sa sérologie VIH positive.

Les orientations et conseils pour la réduction du risque et la continuité des relations sexuelles sans risque devront être abordés en parlant du gel lubrifiant et du condom.

#### **X-2-2-Nutritionnelle**

Une prise en charge nutritionnelle alimentaire qualitative et quantitative sans tenir compte de l'orientation sexuelle en particulier pour les PVVIH ayant moins de moyen ou rejetés par la famille ou la communauté.

#### **X-2-3-Médicale**

Une prise en charge globale, de manière continue, aussi bien des infections opportunistes que pour les médicaments ARV sans tenir compte de l'orientation sexuelle ; avec une extension de ce service sur tout le territoire.

De façon globale, la gratuité des soins devra être discutée. *Un MSM de 38 ans Lomé*  
« *Réduction des coûts des soins est une chance pour aider les MSM pauvres* »

De même pour la mise en place d'un centre de santé spécifique pour les MSM, beaucoup de MSM interviewés pensent que ce serait encore plus stigmatisant et pourrait exposer que soigner.

*Un MSM de 24 ans de Lomé : « Un centre de santé spécifique pour les Gays, il y a problème...il faut une loi pour nous reconnaître d'abord »*

## XI. REPONSES AU VIH PAR RAPPORT AUX MSM

De façon générale, malgré leur perception négative de l'homosexualité, tous les participants non MSM en occurrence les représentants de la chefferie traditionnelle, des leaders religieux (catholique, protestant et musulman), du système étatique judiciaire et sanitaire ont souligné la nécessité d'offrir des services aux MSM dans un but de santé publique.

En effet, tous les participants du système judiciaire ont relevé qu'au nom de la loi, il était important d'offrir des services aux MSM surtout si cela pouvait servir de moyen de prévention des IST/VIH dans la société. **K, Attaché d'administration à la Direction accès aux droits et à la justice** : « La justice au justifiable mais pas au prix de sacrifier nos valeurs sociales culturelles et humaines. Offrir des soins de santé oui s'ils constituent des poches de prévalence ».

Les chefs traditionnels ont quand à eux indiqué la possibilité d'offrir des services aux MSM en accord avec les droits de l'homme, particulièrement le droit aux soins de santé pour tous les individus, notamment les MSM comme moyens de réduction certaine de la propagation des IST/VIH dans la mesure où ce sont les MSM qui en sont à l'origine selon eux ; enfin si cette offre pouvait les (MSM) aider à revenir à « l'état normal ».

Enfin, le système sanitaire a souligné l'importance d'offrir des services aux MSM au niveau du secteur public et de façon plus institutionnelle en raison du risque plus élevé que constitue la pratique homosexuelle (les rapports sexuels anaux) dans l'épidémiologie du VIH , de la bisexualité de certains MSM qui sont également des hétérosexuels et pour aider les MSM « à assumer leur orientation sexuelle sans trop de problèmes de santé » . « Leurs besoins sont conformes à ceux de la majorité hétérosexuelle » **focus groupe système sanitaire public, représentant le service de la planification familiale, santé de la reproduction et nutrition VIH.**

Cependant, pour la mise en place de services auprès des MSM, les participants ont souligné certaines conditions bien que difficiles mais préalables au bon déroulement du processus à savoir : préparer les communautés à tolérer l'homosexualité, obtenir l'acceptation sociale et institutionnelle de la pratique homosexuelle pour des interventions dans un cadre légal et protégé.

Ainsi, pour la phase préalable, les participants non MSM c'est-à-dire chefferie traditionnelle, leaders religieux (catholique, protestant et musulman), système étatique judiciaire et sanitaire se sont montrés disponibles par le biais des structures et institutions auxquelles ils appartenaient à être impliqués, voire même à s'engager personnellement aux côtés des ONG/associations pour satisfaire aux besoins des MSM dans un souci de réduire la propagation des IST/VIH chez les MSM et dans la population générale.

## XI-1-Réponse communautaire

Au Togo, les ONG et associations du pays participent à la lutte contre les IST/VIH/sida auprès des MSM. Confiant d'une part que la prévention du VIH au niveau des HSH permettrait de réduire la prévalence des IST/VIH/sida et protéger ainsi le reste de la population, et d'autre part qu'offrir des services aux HSH est un devoir, quatre associations/ONG se sont impliquées dans la lutte contre les IST/VIH/sida.

Ce sont :

- ✓ Populations Services International (PSI) depuis 2006 ;
- ✓ Espoir et Vie Togo (EVT) depuis 2008 ;
- ✓ Aide Médicale et Charité (AMC) et
- ✓ Action Contre le sida (ACS) étant nouvelles dans leurs interventions auprès des MSM.

Tous ces quatre acteurs interviennent dans la ville de Lomé sauf PSI qui au travers des pairs éducateurs gays intervient dans d'autres villes : Aného, Kpalimé et Kara.

Bien que le nombre d'intervenants auprès des MSM soit faible, l'offre de services touche plusieurs domaines, entre autres :

- ✓ les activités de sensibilisation/causeries ;
- ✓ la formation//recyclage ;
- ✓ l'organisation des soirées et rencontres : Une fois par mois, les hommes qui s'identifient comme des gays se rencontrent pour des activités récréatives. Ces soirées organisées par PSI servent à sensibiliser les participants sur les risques des pratiques sexuelles ; En dehors des ces soirées formelles, les HSH se retrouvent souvent entre eux pour partager des verres et repas ;
- ✓ Les consultations médicales, prise en charge médicale;
- ✓ Les tests de dépistage VIH;
- ✓ L'appui organisationnel, sponsorings;
- ✓ La recherche, la recherche/Internet ;
- ✓ Le suivi et sensibilisation de proximité par des Pairs Educateurs formés.

Plus spécifiquement par acteurs, l'offre de services se présente comme suit :

- ✓ **Population Services International (PSI)** : Sensibilisation, causeries, formations et recyclage, soirées éducatives et rencontres ;
- ✓ **Espoir et Vie Togo (EVT)** : sensibilisations, causeries éducatives, dépistage VIH et IST, consultations et prise en charge médicale des affections courantes, du VIH et des IST, prise en charge psychosociale du VIH ;
- ✓ **Aides Médicales et Charités (AMC)** : Prise en charge médicale, consultations, appui organisationnel ;
- ✓ **Action Contre Le sida (ACS)** : Consultation médicale et Prise en charge.



La majorité des prestations des différents acteurs ne sont pas gratuites même si des exceptions sont faites pour des cas indigents ; Les préservatifs et gels lubrifiés sont vendus aux MSM au cours des activités récréatives et de sensibilisation.

Ne sont donnés gratuitement que les préservatifs au cours des séances de consultations médicales.

Enfin, bien que les interventions auprès des MSM dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/sida soit assez récente, il existe des outils spécifiques pour la cible élaborés par PSI Togo ; ce sont notamment une boîte à image, une boîte à outil pour les activités de prévention.

## **XI-2-Réponse du milieu sanitaire**

Bien que certains cabinets médicaux privés assureraient déjà une PEC aux MSM, cela sans publicité en raison de la clandestinité et de la stigmatisation sociale (car le public n'y est pas préparé) de cette orientation sexuelle, le milieu sanitaire public du Togo n'a pas d'offre spécifique pour les MSM.

En effet, la cible des MSM n'a pas encore été identifiée comme cible spécifique ou population clé par l'état d'une part et aucun programme ou activités spécifiques n'ont été identifiés et mis en œuvre pour eux d'autre part ; ajouté à cela, le manque d'informations sur l'homosexualité pour les prestataires de santé.

Cependant, le milieu sanitaire s'est dit prêt pour les interventions auprès des MSM en raison de la vulnérabilité aux IST/VIH que représente ce groupe sexuel minoritaire.

Leur engagement personnel au nom des principes déontologiques de leur profession permettra des interventions dans les domaines de la prévention, la PEC des affections sexuelles, du VIH et l'assistance.

Néanmoins, le développement d'une politique sanitaire est indispensable pour la mise en place de tels services en particulier par la formation des agents de santé pour la prise en charge des homosexuels car bien souvent, les prestataires des soins de santé ne font pas le lien entre affections anales et homosexualité ou identifient tous les porteurs d'affections anales comme des homosexuels .

# CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'analyser la situation des minorités sexuelles au Togo.

## 1. Cartographie, réseautage et identité des MSM

L'étude du profil de l'enfance des MSM montre que leur enfance est toute aussi semblable à celle de la population générale. Les relations parentales durant l'enfance, les profils des amis d'enfance et les événements heureux et malheureux pendant l'enfance n'avaient pas de particularité.

Leur nombre n'est pas connu et les estimations fournies sont toutes différentes en particulier du fait qu'il n'existe pas de critères d'identification visuelle d'un MSM.

Les lieux de regroupement des MSM sont autant des endroits publics que privés, sans exclusivité puisque les MSM sont selon leurs dires partout dans le pays.

Les MSM au Togo disposent de plusieurs moyens de communications entre eux dont les principaux sont les sites internet gays auxquels ils peuvent avoir accès ; les soirées informelles, les 3 associations identitaires de MSM et les activités de prévention organisées en direction des MSM par PSI au travers de son projet pour les MSM.

## 2. Vulnérabilité

- ✓ **Les IST :** Les données de l'enquête révèlent que les MSM au Togo ont une connaissance relative des IST ; même si 98,4% d'entre - eux ont déclaré en avoir déjà entendu parler des IST, un peu plus d'un tiers des enquêtés (36,3%) ignore les symptômes d'IST chez les femmes et seulement 16 % connaissent les signes d'IST chez l'homme au niveau anal.
- ✓ **Le VIH/sida :** La quasi-totalité de la population enquêtée (99,4%) a déjà entendu parler de VIH/sida et la majorité (98,7%) pense qu'on peut faire quelque chose pour ne pas attraper le Sida. Le niveau de tolérance envers les PV VIH est assez élevé (85,4%) et augmente avec le niveau d'instruction.
- ✓ **La drogue :** La consommation de la drogue était moyenne avec 18,3% de MSM qui ont affirmé avoir déjà consommé de la drogue sans en préciser la nature : par voie injectable ou non ; proportion nettement plus élevée à l'intérieur du pays (21,7%) qu'à Lomé (13,7%).
- ✓ **La Stigmatisation :** L'homosexualité est punie par le code pénal togolais du 13 Août 1980. Cette pratique sexuelle est très mal perçue dans la société togolaise. Tous les acteurs la décrivent également aussi bien les leaders religieux, coutumiers, les prestataires de santé que ceux du système judiciaire. Cette attitude se retrouve exprimée dans les journaux du pays. Même si aucun MSM n'a encore été interpellé à ce jour du fait de son homosexualité, les MSM du pays vivent dans la peur. Le fait d'être rejeté et la stigmatisation lorsque l'entourage aura connaissance de l'orientation sexuelle sont leur plus grande peur après le VIH. Le personnel de santé quand à lui n'a pas été cité parmi les acteurs stigmatisant.

### 3. Risques

Les résultats de l'étude indiquent également que les MSM au Togo sont comme les MSM en Afrique une population à haut risque de transmission des IST/ VIH. En effet, les MSM ont des comportements *sexuels* à risques caractérisés par :

- ✓ Le multi partenariat sexuel : au moment de l'enquête le nombre médian de partenaires sexuels hommes était de 2.
- ✓ La non utilisation systématique du condom au cours des rapports homosexuels : 33% de taux d'utilisation de condom au cours du 1<sup>er</sup> rapport sexuel qui était de nature homosexuel versus 71,7% au cours du dernier rapport homosexuel.
- ✓ Un faible recours systématique au lubrifiant adapté : seulement 40,9% de recours systématique au lubrifiant dont seulement 13,1% de lubrifiant adapté (à base d'eau) au 1<sup>er</sup> rapport sexuel de nature homosexuel versus 73,2 % de recours systématique au lubrifiant dont 61,4 % de lubrifiant adapté au cours du dernier rapport homosexuel.
- ✓ Ils subissent également des violences sexuelles : 16,5% des MSM ont affirmé avoir été déjà forcé de coucher avec quelqu'un ; le responsable de la dernière violence sexuelle étant le partenaire sexuel, un ami ou des membres de leurs familles et très rarement les agents de la police ou autres forces de l'ordre (1.9%).
- ✓ Ils ont des rapports sexuels moyennant de l'argent : 26,3% des enquêtés a affirmé avoir déjà payé de l'argent pour avoir des rapports sexuels et 46,2% a déclaré avoir déjà reçu des cadeaux ou de l'argent pour faire des rapports sexuels avec quelqu'un.
- ✓ Les MSM togolais ont également des rapports sexuels avec des femmes : au moment de l'enquête, la moitié des personnes interviewées avaient au moins 1 partenaire femme avec un nombre plus élevé à Lomé que dans les autres villes du pays (nombre médian de cinq versus un).

### 4. A propos des indicateurs UNGASS

La fréquentation des structures de santé est inexistante /faible, la connaissance de la transmission du VIH est relative et le comportement face au condom assez élevé.

- ✓ 52,9% des MSM interviewés ont affirmé avoir fait leur test de dépistage de VIH/sida et pris son résultat au cours des 12 derniers mois;
- ✓ 12,9 % de personnes interviewées ont déclaré être atteintes par les programmes VIH en direction des gays en 2009;
- ✓ plus de la moitié des personnes interrogées (54,9%) connaît les modes de prévention et de transmission du VIH;
- ✓ 72,9% de MSM interrogés ont affirmé avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel avec un homme;
- ✓ Dans l'ensemble, 18% ont déclaré avoir déjà eu une IST au cours de leur vie avec 8,6% de personnes au cours des 12 derniers mois.

## **5. Concernant la réponse au VIH/sida**

Il ya peu d'intervention communautaire (ONG) auprès des MSM, seules 4 structures interviennent auprès de la cible essentiellement dans la capitale Lomé. Le système sanitaire public est absent, il n'a pas d'interventions institutionnelles.

De nombreuses barrières empêchent les MSM d'avoir accès a des soins de santé spécifiques notamment la stigmatisation de la société, le manque d'intervenant et de structures de PEC et l'inadéquation entre l'offre et la demande.

L'accessibilité des services comme les soins, le counselling et la prise en charge du VIH est assez acceptable chez les prestataires privés (ONG/associations) par rapport aux prestataires publics vu l'intégration des activités de prise en charge des MSM.

## **6. Besoins en matière de prévention des IST/VIH/sida**

Les MSM signalent une faible couverture des interventions qui sont concentrées à Lomé. Une inadéquation entre les informations de prévention et la pratique homosexuelle. La faible disponibilité et la difficile accessibilité des gels lubrifiants ; le peu d'intervenants pour une PEC des IST anales adaptée.

## **7. Stratégie d'offre de services**

Cette offre de service pour MSM implique la formation du personnel de santé et des actions pour impliquer aussi bien la communauté générale que la communauté MSM du Togo.

L'offre de service devra être adaptée à la pratique sexuelle homme-homme d'une part, respecter le caractère confidentiel et non stigmatisant d'autre part et améliorer les services tels que délivrés actuellement.

L'intégration des services est le plus souhaitée avec une option pour les MSM 'efféminés' ou se sentant stigmatisés vers une offre de service exclusive pour les MSM.

La gratuité de l'offre de ces services devra être discutée puisque les avis sont partagés entre les MSM, de même que la spécificité des services.

## RECOMMANDATIONS

Au terme de l'étude, il ressort qu'une série d'actions peuvent être menées pour une riposte efficace contre le sida auprès des minorités sexuelles au Togo. Il s'agira de :

- ✓ Inclure la cible des MSM dans les politiques nationales ;
- ✓ Soutenir et renforcer les interventions en cours auprès des MSM;
- ✓ Augmenter les budgets alloués aux interventions auprès des MSM;
- ✓ Orienter les dépenses de prévention vers les MSM;
- ✓ Mettre en place des activités de prévention adaptée aux comportements des MSM;
- ✓ Mettre en place des mécanismes pour la distribution et le marketing social des condoms et gels lubrifiants à base d'eau auprès des MSM.
- ✓ Définir un paquet minimum des activités pour les interventions auprès des MSM;
- ✓ Adapter les curricula de formation du personnel de santé à la PEC des pathologies liées aux rapports sexuels anaux;
- ✓ Travailler sur le contexte et améliorer le respect des droits humains;
- ✓ Mettre en place des stratégies et activités pour réduire la stigmatisation – discrimination du personnel de santé (former le personnel);
- ✓ Mettre en place un système de collecte de données performant pour les indicateurs UNGASS concernant les MSM;
- ✓ Faire la recherche opérationnelle pour mieux connaître la population.

# RÉFÉRENCES

- (1) Fee E, Parry M. Jonathan Mann, HIV/AIDS, and human rights. *J Public Health Policy* 2008 Apr;29(1):54-71.
- (2) PNLs Togo. Rapport annuel des activités. 2009.
- (3) ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008. Genève Suisse: ONUSIDA; 2009 Aug.
- (4) Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *PLoS Med* 2007 Dec;4(12):e339.
- (5) Baral S, Trapence G, Motimedi F, Umar E, Iiping S, Dausab F, et al. HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PLoS ONE* 2009;4(3):e4997.
- (6) Sanders EJ, Graham SM, Okuku HS, van der Elst EM, Muhaari A, Davies A, et al. HIV-1 infection in high risk men who have sex with men in Mombasa, Kenya. *AIDS* 2007 Nov 30;21(18):2513-20.
- (7) USAID. HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance survey (IBBSS) 2007. 2007.
- (8) Wade AS, Kane CT, Diallo PA, Diop AK, Gueye K, Mboup S, et al. HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS* 2005 Dec 2;19(18):2133-40.
- (9) Mé-Tahi BH. Les Hommes qui ont des rapports Sexuels avec d'autres Hommes et l'épidémie du VIH en Afrique: Evidence et appel à l'action. Institute of Tropical Medicine Antwerp; 2009.
- (10) Jan W de Lind van Wijngaarden. Peer and Outreach Education for Improving the Sexual Health of Men who have Sex with Men: A Reference Manual for Peer & Outreach Workers. 2007.
- (11) World Health Organization. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender populations: report of a technical consultation, 15-17 September 2008, Geneva, Switzerland. 2009.
- (12) URD (Unité de recherche Démographique) Lomé. Santé sexuelle des gays et VIH/sida au Togo. 2006 Sep.
- (13) ONUSIDA. Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida: directives pour l'élaboration d'indicateurs de base: établissements des rapports 2010. 2009. Genève, Suisse.  
Ref Type: Catalog

# **ANNEXES**

**Annexe 1: Questionnaire pour la collecte des données auprès des MSM : ‘Analyse de la situation sur la problématique des minorités sexuelles et VIH/sida dans le contexte du Togo’ -**



## **Introduction à l'entretien**

Bonjour / Salutations

**Se présenter (nom et prénoms de la personne qui va poser les questions).**

Dans le cadre de la mise en place d'un programme de prévention adapté aux besoins des HSH (les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes), le CNLS a commandité une étude.

Pour mener cette étude, le CNLS souhaite le point de vue de certains représentants du Togo notamment vous.

Les gays comme moi ont été choisis comme enquêteurs.

Ce que nous apprendrons par cette étude nous aidera à formuler des recommandations pour l'amélioration de la prévention du VIH et de la prise en charge des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Togo.

Pour cela, nous demandons votre conseil et soutien.

Je souhaiterais avoir votre accord pour vous poser des questions. Ces questions vont toucher votre intimité c'est à dire votre sexualité.

Toutes vos réponses resteront confidentielles c'est à dire entre vous et moi ; et pour cela je ne prendrai pas votre nom, ni vos contacts.

Je souhaite que vos réponses soient vraies et que vous soyez à l'aise.

Acceptez-vous de participer ? → **OUI (le participant doit prononcer obligatoirement le OUI.)**

**Numéro d'appel pour toutes informations : Mr Anato Simplicie 935 68 27**

**Merci**

**1- DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES**

<p><b>1.1. quelle est ta date de naissance OU votre âge en cette année 2009 ? l'un des 2</b></p>	<p>I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I _ I Age I _ I _ I</p>	
<p><b>1.2. Quel est votre niveau d'instruction ?</b></p>	<p>1. non scolarisé 2. alphabétisé 3. primaire 4. secondaire 1 CEG 5. secondaire 2 (Lycée) 6. universitaire 7. autres I _____ I</p>	
<p><b>1.3. dans quel quartier habitez-vous?</b></p>	<p>.....</p>	
<p><b>1.4. Depuis combien de temps habitez-vous dans la ville (dire le nom de la ville) .....? Est-ce : (lire)</b></p>	<p>1. Depuis l'enfance 2. Plus d'un an 3. Entre 6 mois et 12 mois 4. Entre 1 mois et 6 mois 5. Moins d'un mois</p>	
<p><b>1.5. Quelle est votre nationalité ?</b></p>	<p>.....</p>	
<p><b>1.6. De quelle religion êtes-vous ?</b></p>	<p>6. Sans religion 7. Musulman 8. Chrétien 9. autres.....</p>	
<p><b>1.7. Avec qui habitez-vous dans la même maison ?</b></p>	<p>1. seule 2. parents 3. avec la famille (parenté) 4. tuteur 5. avec des amis 6. Partenaires sexuels 7. autres.....</p>	
<p><b>1.8. Est-ce que vous buvez des boissons alcoolisées ?</b></p>	<p>1. oui 2. non → <b>1.11</b></p>	
<p><b>1.9. Durant le mois de décembre, avez-vous bu des boissons alcoolisées ?</b></p>	<p>1. oui 2. non → <b>1.12</b></p>	

<p><b>1.10. Est-ce que c'est : (lire) (une seule réponse)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. tous les jours</li> <li>3. au moins une fois par semaine</li> <li>4. moins d'une fois par semaine (rare)</li> <li>5. ne sais pas</li> <li>6. Non-réponse</li> </ol>	
<p><b>1.11. lorsque vous avez consommé des boissons alcoolisées, où avez- vous bu le plus souvent ? (lire)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. à la maison</li> <li>2. dans les bars</li> <li>3. dans les restaurants</li> <li>4. en boite de nuit</li> <li>5. ne sais pas</li> </ol>	
<p><b>1.12. quelle est votre situation matrimoniale ? (lire tout, plusieurs réponses sont possibles)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. célibataire</li> <li>2. marié à une femme</li> <li>3. en couple avec un homme</li> <li>4. en concubinage avec une femme</li> <li>5. vit seul mais à 1 partenaire homme stable</li> <li>6. divorcé d'une femme</li> </ol>	
<p><b>1.13. combien d'enfants avez-vous ?</b></p>	<p>.....</p>	
<p><b>1.14. avez-vous déjà entendu parler de la drogue ?</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1. oui 2. non → <b>1.16</b></li> </ol>	
<p><b>1.15. citez quelques drogues (ne pas lire laisser la personne citer) :</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. cocaïne 2. marijuana</li> <li>3. cannabis 4. héroïne</li> <li>5. chanvre indien</li> <li>6. ne sais pas</li> <li>7. autres .....</li> </ol>	
<p><b>1.16. avez-vous déjà pris de la drogue ?</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. oui 2. non</li> </ol>	
<p><b>1.17. de façon générale, vers qui vous sentez -vous attiré sexuellement ? est ce que c'est : vers les hommes, les femmes ou les 2 en même temps</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les hommes</li> <li>2. les femmes</li> <li>3. Les hommes et les femmes en même temps</li> </ol>	
<p><b>1.18. Comment tu te définis sexuellement ? homosexuel ou hétérosexuel ou bisexuel</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Homosexuel</li> <li>2. Hétérosexuel</li> <li>3. Bisexuel</li> <li>4. ne sais pas</li> <li>5. non réponse/ pas de réponse</li> <li>6. Autres .....</li> </ol>	

**2- CONNAISSANCES SUR LES IST/VIH/SIDA**

<p><b>2.1. Avez-vous déjà entendu parler des maladies qu'on peut attraper au cours des relations sexuelles, c'est à dire lorsqu'un garçon couche avec un garçon ou avec une fille?</b></p>	<p>1. oui 2..non 3. ne sais pas</p>	
<p><b>2.2. SI OUI nommer quelques-unes :</b> (ne pas lire les réponses, laissez le participant répondre ; plusieurs réponses sont possibles ; entourer les réponses données ou compléter autres)</p>	<p>1. chaude pisse 2. gono 2. syphilis 4. SIDA 3. autres.....</p>	
<p><b>2.3. comment peut-on reconnaître les maladies sexuellement transmissibles autres que le sida chez la femme ?</b> (ne pas lire les réponses, laissez le participant répondre ; plusieurs réponses sont possibles ; entourer les réponses données ou compléter autres)</p>	<p>1. ne sais pas 2. Non-réponse 3. douleurs abdominales 4. pertes vaginales 5. pertes vaginales malodorantes 6. brûlures en urinant 7. boutons sur le sexe 8. plaies sur le sexe 9. démangeaisons au niveau du sexe 10. autres.....</p>	
<p><b>2.4. comment peut-on reconnaître comment peut-on reconnaître les maladies sexuellement transmissibles autres que le sida chez l'homme ?</b> (ne pas lire les réponses, laissez le participant répondre ; plusieurs réponses sont possibles ; entourer les réponses données ou compléter)</p>	<p>1. ne sais pas 2. Non-réponse 3. écoulement urétral 4. douleur en urinant 5. boutons sur le sexe 6. plaies sur le sexe 7. Boutons au niveau de l'anüs 8. Plaies au niveau de l'anüs 9. Pus sortant de l'anüs 10. autres.....</p>	
<p><b>2.5. avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA ?</b></p>	<p>1. oui 2. non</p>	
<p><b>2.6. est-ce qu'on peut faire quelque chose pour ne pas attraper le SIDA ?</b></p>	<p>1. oui 2. non</p>	

<p><b>2.7. pour vous, l'abstinence c'est : (lire)</b> (une seule réponse) ne pas poser la question si questionnaire en langue locale</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ne pas avoir de rapports sexuels du tout ou</li> <li>2. avoir des rapports sexuels avec une seule personne ou</li> <li>3. attendre d'être un peu plus âgé pour avoir son 1er rapport sexuel ou</li> <li>4. se protéger au cours de tous ses rapports sexuels</li> <li>5. ne sais pas (<b>à ne pas lire</b>)</li> </ol>	
<p><b>2.8. pour vous utiliser la capote pour ne pas attraper le SIDA, c'est : utiliser la capote (lire)</b> (une seule réponse)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. avec tous les autres partenaires sauf avec le ou (la) titulaire ou</li> <li>2. à chaque rapport sexuel ou</li> <li>3. lorsque l'on n'a pas confiance en la personne</li> <li>4. ne sais pas (<b>à ne pas lire</b>)</li> </ol>	
<p><b>2.9. pour vous la fidélité c'est : avoir (lire)</b> (une seule réponse)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. seulement 2 partenaires</li> <li>2. aucun partenaire</li> <li>3. 1 et 1 seul partenaire</li> <li>4. 1 seul partenaire qui lui même est fidèle</li> <li>5. ne sais pas (<b>à ne pas lire</b>)</li> </ol>	

### 3- ATTITUDES

<p><b>3.1. comment les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes peuvent faire pour ne pas attraper le SIDA ?</b></p> <p>(ne pas suggérer de réponses, laisser le participant donner ces réponses ; plusieurs réponses sont possibles)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ne sais pas</li> <li>2. pas de réponse</li> <li>3. utiliser la capote à chaque rapport sexuel</li> <li>4. avoir peu de partenaires (réduction du nombre de partenaires)</li> <li>5. avoir un seul partenaire</li> <li>6. pas de rapports avec des partenaires occasionnels</li> <li>7. Ne pas avoir de rapport sexuel du tout (abstinence)</li> <li>8. Ne pas avoir de rapport sexuel par l'anuse</li> <li>9. Ne pas avoir de rapport sexuel vaginal</li> <li>10. Ne pas avoir de rapport sexuel oral (par la bouche vers le pénis)</li> <li>11. Ne pas recevoir d'éjaculation dans la bouche</li> <li>12. Utiliser du lubrifiant à chaque rapport sexuel</li> <li>13. éviter des injections avec seringue déjà utilisée</li> <li>14. autre.....</li> </ol>	
<p><b>3.2. Pensez-vous qu'un élève qui a attrapé le virus du SIDA (VIH) devrait être autorisé à rester à l'école ?</b></p>	<p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p>	
<p><b>3.3. Pensez-vous qu'un homme qui utilise la capote pour coucher avec un homme se protège contre le SIDA ?</b></p>	<p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p>	
<p><b>3.4. Pensez-vous qu'un homme qui utilise la capote pour coucher avec une fille se protège contre le SIDA ?</b></p>	<p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p>	
<p><b>3.5. pensez-vous qu'il est normal qu'une jeune personne achète une capote ?</b></p>	<p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p>	

<p><b>3.6. pour ne pas attraper le SIDA, il faut : (lire)</b></p> <p>a. Bien manger</p> <p>b. utiliser toujours la capote avec les hommes</p> <p>c. éviter les toilettes publiques</p> <p>d. avoir moins de copines</p> <p>e. éviter de toucher les personnes qui ont le SIDA</p> <p>f. utiliser toujours la capote avec les femmes</p> <p>g. éviter que l'on éjacule dans votre bouche</p> <p>h. éviter de manger dans le même plat qu'un malade qui a le SIDA</p> <p>i. rester fidèle à un seul copain</p> <p>j. éviter des rapports sexuels avec quelqu'un qu'on vient de rencontrer le même jour</p> <p>k. éviter les piqûres de moustiques</p> <p>l. attendre d'être un peu plus âgé pour avoir son 1<sup>er</sup> rapport sexuel</p> <p>m. utiliser le gel lubrifiant à chaque rapport sexuel</p> <p>n. éviter d'éjaculer dans la bouche du partenaire</p>	<p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p> <p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p>	
<p><b>3.7. avez-vous déjà achetez une capote?</b></p>	<p>1. oui 2. non</p>	
<p><b>3.8. avez-vous déjà utilisez une capote?</b></p>	<p>1. oui 2. non</p>	
<p><b>3.9. As- tu déjà été forcé de coucher avec quelqu'un alors que tu n'étais pas d'accord ?</b></p>	<p>1. oui ..... 2. non → 3.11</p>	
<p><b>3.10. la dernière fois que vous avez été forcé, c'était par qui ?</b></p>	<p>1. Police, militaires</p> <p>2. Famille</p> <p>3. Partenaire sexuel</p> <p>4. Autres .....</p>	
<p><b>3.11. as- tu déjà payés pour avoir des rapports sexuels ?</b></p>	<p>1. oui 2. non</p>	
<p><b>3.12. as-tu déjà reçu des cadeaux ou de l'argent pour avoir des rapports sexuels avec quelqu'un ?</b></p>	<p>1. oui 2. non</p>	

**4- COMPORTEMENTS SEXUELS: faire l'introduction : dire**

« Comme je vous l'avais dit au début, des questions vont toucher votre intimité, c'est à dire votre sexualité. »

<b>4.1 as- tu déjà utilisé une capote ?</b>	1. oui 2. non	
<b>4.2 quel âge avais-tu lorsque tu as eus tes 1ers rapports sexuels ?</b>	/___/___/	
<b>4.3 ce 1er rapport sexuel était-ce avec : (lire)</b>	1. un homme 2. une femme 3. les 2	
<b>4.4 juste avant de coucher avec lui /elle la toute première fois, l'un d'entre vous (lui/elle et/ou vous) avait-il/elle pris une boisson alcoolisée ?</b>	1. oui 2. non 3. ne sais pas	
<b>4.5 Cette fois as-tu utilisé des préservatifs ?</b>	1. oui 2. non 3. ne sais pas	
<b>4.6 Toujours au cours de ce 1er rapport sexuel as-tu utilisé du gel lubrifiant ?</b>	<b>1. oui → 4.7</b> <b>2. non → 4.8 3. ne sais pas → 4.8</b>	
<b>4.7 Donner le nom gel du gel utilisé ?</b>	.....	
<b>4.8 Au cours de ce rapport, as-tu éjaculé dans la bouche de ton partenaire ?</b>	1. oui 2. non 3. ne sais pas	
<b>4.9 Au cours de ce rapport, le partenaire a-t-il éjaculé dans ta bouche ?</b>	1. oui 2. non 3. ne sais pas	
<b>4.10 Au cours de ce rapport, quel rôle as-tu joué ? (ne pas lire, sil ne répond pas on peut lire)</b>	1. Actif 2. Passif 3. les 2 rôles	
<b>4.11 combien as-tu actuellement de partenaires HOMMES avec qui tu as des rapports sexuels?</b>	/___/___/	
<b>4.12 quel âge a (ont)-ces HOMMES? (écrire l'âge)</b>	1. .... 2. .... 3. ....	4. .... 5. .... 6. ....
<b>4.13 combien as-tu actuellement de partenaires FEMMES avec qui tu as des rapports sexuels ?</b>	1. 1 2. 2 3. 3 4. +de 3 5. 0 → <b>4.14</b>	
<b>4.14 quel âge a (ont)-ces FEMMES? (écrire l'âge)</b>	1. .... 2. .... 3. ....	4. .... 5. .... 6. ....
<b>4.15 depuis les 6 derniers mois (mois de .....), avec combien d'HOMMES différents as-tu des rapports sexuels buccaux, anaux ?</b>	I _ I _ I	
<b>4.16 depuis les 6 derniers mois (mois de .....), avec, avec combien de FEMMES différentes as-tu des rapports sexuels buccaux, anaux ?</b>	I _ I _ I	



<p><b>4.17</b> la dernière fois que tu as eus des rapports sexuels avec un homme, c'était quand ? dans :</p>	<p>1. cette semaine 2. ce mois 3. moins de 3 mois 4. 3 à 6 mois 5. Plus de 6 mois 4. + d'1 an</p>	
<p><b>4.18</b> cette même fois, juste avant de coucher avec lui, l'un d'entre vous (lui et/ou vous) avait-il pris une boisson alcoolisée ?</p>	<p>1. oui 2. non 3. ne sais pas</p>	
<p><b>4.19</b> cette fois là, est ce que tu as utilisé des préservatifs ?</p>	<p>1. oui 2. non → <b>4.21</b></p>	
<p><b>4.20</b> Ou as tu eu ce condom ?</p>	<p>1. acheter soi même à la boutique 2. acheter soi même à la pharmacie 3. donner par un ami 4. apporter par le partenaire 5. autre .....</p>	
<p><b>4.21</b> Au cours de ce dernier rapport sexuel as-tu utilisé du gel lubrifiant ?</p>	<p><b>1. oui 2. non</b> → 4.24</p>	
<p><b>4.22</b> Donner le nom du gel</p>	<p>.....</p>	
<p><b>4.23</b> Ou as-tu eu ce gel ? (lire)</p>	<p>1. acheter soi même à la boutique 2. acheter soi même à la pharmacie 3. donner par un ami 4. apporter par le partenaire 5. acheté avec PSI 6. autre .....</p>	
<p><b>4.24</b> Au cours de ce rapport, as-tu éjaculé dans la bouche de ton partenaire ?</p>	<p>1. oui 2. non</p>	
<p><b>4.25</b> Au cours de ce rapport, le partenaire a-t-il éjaculé dans ta bouche ?</p>	<p>1. oui 2. non</p>	
<p><b>4.26</b> Au cours de ce rapport quel rôle as-tu joué ?</p>	<p>1. Actif 2. Passif 3. les 2 rôles</p>	
<p><b>4.27</b> es t-il déjà arrivé que ton partenaire :</p> <p>a. te pénètre par l'anūs</p> <p>b. te lèche l'anūs</p> <p>c. te fasse une pipe</p>	<p>1. oui 2.non 3. pas de réponse 1. oui 2.non 3. pas de réponse 1. oui 2.non 3. pas de réponse</p>	
<p><b>4.28</b> es t-il déjà arrivé que :</p> <p>a. tu fasse à ton partenaire une pénétration par l'anūs</p> <p>b. tu lèches son anus</p> <p>c. lui fasse une pipe</p>	<p>1. oui 2.non 3. pas de réponse 1. oui 2.non 3. pas de réponse 1. oui 2.non 3. pas de réponse</p>	

**5- ANTECEDENTS D'IST**

<p><b>5.1</b> vous êtes-t-il déjà arrivé d'avoir un liquide anormal (pus) qui sort du sexe ou des douleurs en urinant ?</p>	<p>1. oui 2. non → 5.3 3. ne sais pas → 5.3</p>	
<p><b>5.2</b> si oui, il y a combien de temps :</p>	<p>1. actuellement 4. entre 3 mois et 1 an 2. - d'1 mois 5. + d'1an 3. entre 1 et 3 mois</p>	
<p><b>5.3</b> as-tu déjà eut des boutons ou des plaies sur le sexe ou au niveau de l'anus ?</p>	<p>1. oui 2. non → 5.5 3. ne sais pas → 5.5</p>	
<p><b>5.4</b> si oui, il y a combien de temps : (orienter s'il ne connaît pas la période)</p>	<p>1. actuellement 4. entre 3 mois et 1 an 2. - d'1 mois 5. + d'1an 3. entre 1 et 3 mois</p>	
<p><b>SI PAS DE PLAIES, NI BOUTON, NI LIQUIDE : ARRETER PASSER A LA BIOLOGIE (en 6)</b></p>		
<p><b>5.5</b> la dernière fois que tu as eu un liquide anormal qui sortait de ton sexe, des boutons ou des plaies sur le sexe ou au niveau de l'anus A qui en as-tu parlé ? (attendre, si rien proposer les réponses 1 à 4 ; plusieurs réponses sont possibles)</p>	<p>1. vos parents 2. votre (vos) partenaires sexuels 3. amis 4. personne 5. autres.....</p>	
<p><b>5.6</b> la dernière fois que tu as eu un liquide anormal qui sortait de ton sexe, des boutons ou des plaies sur le sexe ou au niveau de l'anus, qu'est ce que tu as fait pour te soigner ? (lire, entourer une seule réponse)</p>	<p>1. tu es allé chez un docteur → 5.7 2. tu es allé directement acheter le(s) médicament(s) → 5.11 3. un ami t'a donné le(s) médicament(s) → 6 4. tu n'as rien fait → 5.14</p>	
<p><b>5.7</b> C'était où ?</p>	<p>1. à la clinique 2. chez le tradipraticien 3. au médico-scolaire 4. à l'hôpital 5. une structure pour HSH (écrire le nom) .....</p>	
<p><b>5.8</b> est-ce qu'on vous a donné une ordonnance ?</p>	<p>1. oui 2. non → 6</p>	
<p><b>5.9</b> avez-vous pris (utilisé) tous les médicaments prescrits ?</p>	<p>1. oui → 6 2. non → 5.10 3. ne s'en souvient+ → 6</p>	

<p><b>5.10 sinon, pourquoi ? est- ce :</b> (plusieurs réponses sont possibles)</p>	<p>1. moyens financiers insuffisants 2. traitements trop longs 4. effets secondaires déplaisants 8. ne se souvient pas 16. autres..... <b>FIN → 6</b></p>	
<p><b>5.11 Ou as tu acheté les médicaments? (lire)</b></p>	<p>1. à l'hôpital 2. au marché 3. à la pharmacie 4. autres.....</p>	
<p><b>5.12 avez-vous pris (utilisé) tous les médicaments achetés ou prescrits à la pharmacie?</b></p>	<p>1. oui → 6 2. non → 5.13 3. ne s'en souvient+ →6</p>	
<p><b>5.13 pourquoi vous n'avez pas pris (utilisé) tous les médicaments achetés ou prescrits à la pharmacie? est- ce :</b> (attendre sil ne répond pas lire, plusieurs réponses sont possibles)</p>	<p>1. moyens financiers insuffisants 2. traitements trop longs 4. effets secondaires déplaisants 8. ne se souvient pas 16. autres..... <b>FIN → 6</b></p>	
<p><b>5.14 Pourquoi, tu n'as rien fais ?</b> (plusieurs réponses sont possibles, vous pouvez suggérer)</p>	<p>1. moyens financiers insuffisants 2. signes jugés pas trop graves 4. ne sais pas 8. autres.....</p>	

N° d'anonymat : ..... / .....

**6- FREQUENTATION DES STRUCTURES DE SANTE**

<b>6.1 As- tu déjà fait le test de dépistage volontaire du VIH/Sida ?</b>	1. oui → 6.3 2. non → 6.2	
<b>6.2 Quelles sont les raisons pour lesquelles tu n'as jamais fait le test ? (attendre s'il ne répond pas lire)</b>	1. peur 2. ne sais pas où on peut le faire 3. pas de moyens financiers pour le faire 4. autres ..... 5. non réponse <b>FIN → 6.8</b>	
<b>6.3 Combien de fois as-tu fait le test?</b>	1. une fois 2. deux fois 3. + de 3 fois 4. + de 5 fois	
<b>6.4 Quelles sont les raisons pour lesquelles tu as refait le test ? (ne pas lire, attendre s'il ne répond pas alors lire)</b>	1. Situations de risques 2. Nouveaux partenaires 3. Demande médicale 4. Autres .....	
<b>6.5 Quand as-tu fait pour la dernière fois le test du dépistage du VIH ?</b>	1. cette semaine 2. ce mois 3. moins de 3 mois 4. 3 à 6 mois 5. Plus de 6 mois 4. + d'1 an	
<b>6.6 Cette dernière fois que tu as fait le test du dépistage du VIH, es-tu allé chercher les résultats du test ?</b>	1. oui 2. non	
<b>6.7 Connais-tu les résultats de ce test ?</b>	1. oui 2. non	
<b>6.8 Es tu déjà allé dans une structure offrant des soins aux gays ?</b>	1. oui 2. non → <b>Fin : mot de remerciement</b>	
<b>6.9 Peux tu me donner le nom de cette structure ?</b>	.....	
<b>6.10 quand es tu allé la bas pour la dernière fois ?</b>	1. . cette semaine 2. ce mois 3. moins de 3 mois 4. entre 3 et 6 mois 5. Plus de 6 mois 6. + d'1 an	

**FIN DU QUESTIONNAIRE.**

**Mot de remerciement :** Merci pour votre participation et vos réponses. Je vous donne 8 préservatifs.  
N'Oubliez pas de vous protéger.

## **Annexe 2: Guide pour les groupes de discussion avec les HSH**

# GUIDE POUR LES GROUPES DE DISCUSSION AVEC LES HSH

Date : \_\_\_\_ (jj) / \_\_\_\_ (mm) / \_\_\_\_\_ (aaaa)

Heure début : \_\_\_\_\_ Heure fin : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

No code : \_\_\_\_\_

## Type d'entretien (cerclez) :

Groupe de discussion HSH                      Entretien de prestataire / expert

Groupe de discussion .....

Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_

## Introduction

### **Présentation des 2 enquêteurs ....., nous allons nous entretenir avec vous à deux.**

La cible des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes a été identifiée comme une cible prioritaire dans la lutte contre le VIH /sida au Togo. Aussi, pour la mise en place d'un programme de prévention adaptée à leurs besoins, une étude commanditée par le CNLS est en cours. Pour mener cette étude, nous souhaitons avoir le point de vue de certains représentants du Togo notamment vous. Ce que nous apprendrons par cette étude nous aidera à formuler des recommandations pour l'amélioration de la prévention du VIH et de la prise en charge des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Togo.

Pour cela, nous demandons votre conseil et soutien. Nous vous poserons quelques questions sur les HSH, leurs rapports sociaux, les différents groupes de HSH. Nous allons également vous poser des questions sur la façon d'améliorer les services en faveur des HSH et sur votre expérience dans l'utilisation de ces services. Certaines questions vont toucher votre intimité c'est-à-dire votre sexualité

Pour le besoin de l'étude, nous auront à utiliser du matériel d'enregistrement. Ces enregistrements serviront uniquement que dans le cadre de l'étude.

Toutes vos réponses resteront confidentielles c'est-à-dire entre vous et nous ; et pour cela nous ne prendrons ni vos noms ni vos contacts. Nous vous demandons également de ne pas utiliser vos noms réels ou d'autres termes qui permettraient d'identifier une autre personne.

Néanmoins, nous souhaitons que vos réponses soient vraies et que vous soyez à l'aise. Nous vous prions de livrer vos opinions et expériences de la manière la plus honnête possible, car ceci nous aidera à formuler des recommandations réalisables et aidera à répondre aux besoins des HSH.

**Avez-vous des questions avant de commencer? (Prenez le temps de traiter toutes les questions et préoccupations.)**

Avant de commencer les groupes de discussion, nous aimerions vous poser quelques questions. Ceci nous aidera à décrire le profil des personnes qui ont participé à nos groupes de discussion. Nous n'enregistrerons pas votre nom. Toutes vos réponses seront tenues confidentielles. Nous prendrons des notes.

**Consignes : L'enquêteur principal pose les questions et veille à remplir les fiches de chacun des participants en présence des autres participants.**

1. Quel est votre code ? \_\_\_\_\_
2. Quel âge avez-vous? \_\_\_\_\_
3. Depuis combien de temps vivez-vous à Lomé ? \_\_\_\_\_
4. Quel est votre niveau d'instruction?
  - a. Ecole primaire \_\_\_\_\_
  - b. Ecole secondaire (Lycée) \_\_\_\_\_
  - c. Université \_\_\_\_\_
  - d. Autres \_\_\_\_\_ **FIN**

**Consignes : Garder les fiches et remplir à la fin de la session, seul à seul avec le participant pour les questions ci après :**

5. Quel est votre statut professionnel actuel?
  - a. Employé \_\_\_\_\_
  - b. Sans emploi \_\_\_\_\_
6. Quel est votre statut matrimonial?
  - a. Jamais marié \_\_\_\_\_
  - b. Marié \_\_\_\_\_
  - c. Divorcé \_\_\_\_\_
  - d. Autre \_\_\_\_\_
7. Quelle est votre religion ?
  - a. Catholique \_\_\_\_\_
  - b. Musulman \_\_\_\_\_
  - c. Protestant \_\_\_\_\_
  - d. Animiste \_\_\_\_\_
  - e. autres \_\_\_\_\_
8. Quelle est votre nationalité?
  - a. Togolaise \_\_\_\_\_
  - b. Afrique de l'ouest \_\_\_\_\_
  - c. Autres \_\_\_\_\_



9. Comment vous considérez –vous ?
- a. homosexuel pur \_\_\_\_\_
  - b. bisexuel \_\_\_\_\_
  - c. hétérosexuel \_\_\_\_\_

## **ENQUETEUR: DÉMARREZ L'ENREGISTREMENT**

Comprenez-vous et êtes-vous d'accord que vous serez interrogé ? [Que vous prendrez part à une discussion de groupe]

**Consigne** : Nous commencerons par expliquer brièvement comment la discussion va se passer :

Nous allons vous poser des questions sur votre enfance, votre niveau de connaissance sur les IST/VIH, vos comportements sexuels. Nous allons également vous poser des questions sur la façon d'améliorer les services en faveur des HSH et sur votre expérience dans l'utilisation de ces services.

Il n'y a pas de fausses réponses ou de bonnes réponses, tout le monde est invité à donner son point de vue ; il faudra juste lever la main ou utiliser les codes que nous vous avons remis pour vous identifier, pas besoin de dire son nom.

## **1. TRAJECTOIRE SOCIALE : Enfance**

- 1.1. personne avec qui on a vécu pendant l'enfance (les deux parents, l'un des parents (mère ou père), grands parents, oncles ou tantes, tuteurs ou tutrices, parents adoptifs, seul ect....)
- 1.2. qualité des rapports avec cette personne (conflictuelles, harmonisées, haineux, sans problèmes ect...)
- 1.3. profil des amis ou personnes fréquentés pendant l'enfance (filles, garçons, personnes âgées)
- 1.4. souvenirs d'évènements heureux ou malheureux qui ont marqué l'enfance ? (sonder)

### **→ Section la trajectoire sexuelle : premier rapport sexuel avec un homme**

## **2. TRAJECTOIRE SEXUELLE : Premier rapport sexuel avec un homme**

- 2.1. Age
- 2.2. Profil et âge du partenaire : (Parent, ami, collègue de classe, camarade de quartier, adulte, jeune ect...)
- 2.3. occasion ou circonstance a eu lieu cette première expérience ? Etiez-vous consentant ou non consentant ? (sonder les raisons pour lesquelles ce 1er rapport sexuel a eu lieu)
- 2.4. rôle dans cette première expérience sexuelle (Passif ou actif)
- 2.5. ressenti après cette expérience sexuelle (satisfaction, déception)
- 2.6. résolution prises par rapport à cette première expérience
- 2.7. (Sonder raison de la poursuite de cette pratique sexuelle et les raisons)
- 2.8. (sonder l'arrêt de cette pratique sexuelle et les raisons et pourquoi avoir repris les rapports sexuels homosexuels)

### **→ Section Connaissance sur les IST et le VIH**

### **3. CONNAISSANCE SUR LES IST ET LE VIH**

- 3.1. Que savez- vous des IST ? (insister sur les IST au niveau de la bouche et de l'anus)
- Nom des IST connu,
  - Signes / manifestations en particulier les IST se localisant au niveau de la bouche et de l'anus
  - Traitements disponibles pour les IST au niveau de l'anus et de la bouche
- 3.2. expérience d'antécédents d'IST
- itinéraire thérapeutique (recours de soins) en cas d'IST au niveau de l'anus et de la bouche (nom de la structure de soin et raison du choix de cette structure)
  - la qualité du traitement
  - comportement des prestataires
  - sonder s'il ya eu dissimulation de l'affection au niveau de l'anus quand il a eu recours à une structure de santé- raisons
- 3.3. Que savez- vous du VIH ?
- modes de transmission
  - Signes/ manifestations de l'infection par le VIH
  - Mode de prévention
- 3.4. Pensez-vous que vous êtes exposés au risque d'être infectés par le VIH ?
- (Sonder les raisons de la prise ou non de conscience de la situation personnelle de risque- surtout en tant que HSH)
  - A part le risque de l'infection à VIH , pensez-vous être exposé à des risques plus élevés ?
- 3.5. Avez-vous connaissance d'un HSH infecté par le VIH ?
- (Sonder prise en charge au niveau familiale et au niveau des structures de prise en charge : disponibilité, accessibilité, environnement favorable ou non ? )
- 3.6. Avez-vous déjà fait le test de dépistage du VIH ?
- (Sonder les raisons du recours au test ou de non-recours au test)
  - Avez-vous pris les résultats (sonder les raisons)
- 3.7. Etes-vous disposé à faire le test de dépistage du VIH ?
- (Sonder les raisons d'adhésion et de refus)
- 3.8. Avez-vous accès aux informations que vous souhaitez avoir sur les IST et le VIH/sida ?  
sonder le degré de satisfaction de ces services
- Informations (type de messages, circuits utilisés, canaux de communication utilisés) surtout sur les pratiques sexuelles annales
  - PEC (prise en charge) IST et VIH (psychosociale, nutritionnelle, médicale)
  - Counselling et test de dépistage

- 3.9. Quels sont vos besoins en matière d'informations sur les IST et le VIH ?
- a. Informations (type de messages, circuits utilisés, canaux de communication utilisés) surtout sur les pratiques sexuelles annales
  - b. PEC (prise en charge) IST et VIH (psychosociale, nutritionnelle, médicale)
  - c. Counselling et test de dépistage
- 3.10. Quelles sont vos propositions concrètes pour un meilleur accès aux soins de santé par les HSH (**lieu, heure, type de personnel, coût**)
- a. Informations (type de messages, circuits utilisés, canaux de communication utilisés) surtout sur les pratiques sexuelles annales
  - b. PEC (prise en charge) IST et VIH (psychosociale, nutritionnelle, médicale)
  - c. Counselling et test de dépistage

→ **Section Comportements sexuels**

## COMPORTEMENTS SEXUELS

1. Sonder la bisexualité / rapports sexuels avec une femme :
  - a. avant le 1<sup>er</sup> rapport homosexuel. (Avant votre premier rapport sexuel, avez-vous eu un rapport sexuel avec femme ?)
  - b. Depuis ce 1<sup>er</sup> rapport homosexuel (que vous avez eu des rapports sexuels avec un homme, avez-vous eu encore des rapports sexuels avec une femme ?)
2. Avez-vous toujours joué le rôle d'actif ou de passif au cours des rapports homosexuels ?
3. PROFILS de partenaires sexuels masculins (Qui sont vos partenaires sexuels masculins)
  - a. Sonder : âge, statut économique, statut matrimonial, apparence physique, beauté).
4. PROCESSUS DE RECHERCHE de partenaires sexuels masculins (Comment faites-vous pour avoir des partenaires sexuels masculins ?)
  - a. Sonder les lieux de fréquentation, appartenance à un groupe ou réseau, recours aux TS hommes, recours aux TS femmes comme indicateur
  - b. sonder expérience de rapports sexuels avec **compensation matérielle** ou **financière** vers le HSH ou par le HSH
5. Utilisez-vous systématiquement le condom lors des rapports sexuels ? (utilisation fonction du type de partenaires et du rôle joué dans le rapport )
  - a. décision d'utiliser le condom en fonction du type de partenaire (partenaire habituel, aspect du partenaire )
  - b. décision d'utilisez le condom fonction du rôle que l'on va jouer au cours du rapport
6. Sonder utilisation de lubrifiants (pharmaceutiques, naturelle (salive..), artisanal (savon, pommade... (pour tous vos rapports sexuels utilisez- vous du lubrifiant ?)

### → Section Accessibilité au condom et lubrifiants

## ACCESSIBILITE AU CONDOM ET LUBRIFIANTS

1. obstacles à l'utilisation du condom (Quels sont les obstacles auxquels vous êtes confrontés quant à l'utilisation du condom?)
  - a. Sonder lieux d'achat des condoms, coût, types de condom accepté ou rejeté, bonne ou mauvaise qualité
  - b. Sonder expérience de déchirure de condom et type de condom concerné
  - c. Sonder la facilité dans l'utilisation du condom (utilisation pratique du condom ou non , diminution du plaisir ou non)
  
2. Existe-t-il un circuit d'approvisionnement en condom et en lubrifiants au sein des HSH ?
  - a. (Sonder sources d'approvisionnement et procédure de distribution)
  - b. Environnement et ressenti pendant **la recherche de condom et lubrifiant** (comment les gens se comportent et comment vous sentez vous ?)

→ **Section Stigma et discrimination**

## **STIGMA ET DISCRIMINATION**

1. Existe-il quelqu'un au sein de votre **famille** ou **lieu de travail** au courant de votre orientation sexuelle ?
  - a. (Si oui, sonder profil de la personne et la nature de vos rapports avec cette personne)
  - b. (Si non, sonder : pourquoi personne d'autres ne le sait ? OU comment faites-vous pour cacher votre orientation sexuelle et quelles en sont les raisons)
  
2. ENVIRONNEMENT où le HSH vit (famille, travail, église ect..) OU Quelle est la nature de vos rapports avec votre milieu social ?
  - a. Sonder les expériences (période, qui, comment, pourquoi)
    - i. d'acceptation du au fait que vous êtes gay
    - ii. de rejet du au fait que vous êtes gay
    - iii. de violence verbale, physique, sexuelle du au fait que vous êtes gay.  
**Consigne** (puis poser la question de la Police- sonder expérience d'interpellation, de séquestration ou de viol par la police ect...)
  
3. Comportement du personnel de santé et les structures sanitaires (comment le personnel de santé et les structures sanitaires se comportent – ils envers vous les GAY) propre expérience ou d'une de vos connaissances HSH)
  - a. lorsque vous y aller ?
  - b. surtout pour la prise en charge d'une affection au niveau annal ? (acceptation, conseils ou morale ; rejet / horaires de l'offre des services/ cout)
  - c.

**Consigne 1 : attention au cout sonder les raisons de la demande de gratuité surtout que les gays sont dits à niveau économique bon.**

**Consigne 2 : veiller à éclaircir si c'est de lui même ou de sa connaissance qu'il parle.**

## **FIN DE LA DISCUSSION**

**Nous vous remercions pour votre participation. Comme nous l'avons dit précédemment, toutes vos réponses resteront confidentielles.**

**Nous souhaitons également que vous puissiez garder vous aussi ces informations confidentielles.**

**Le superviseur va s'entretenir avec vous par rapport aux frais de motivation. Il vous sera remis 4 préservatifs et un bon pour un tube de gel lubrifiant.**

**Grand merci.**



## IDENTITE DES HSH DU FOCUS GROUP

Code	Age	Nationalité	Niveau d'instruction	Situation professionnelle	Situation matrimoniale	Religion	Profil de HSH		
							Homo	Bisexual	Hétérosexuel

## **Annexe 3: Revue des journaux togolais sur le sujet des HSH**

### **1. Méthodologie**

Une équipe composée de journalistes a compulsé à la Bibliothèque nationale et dans d'autres centres de documentation les numéros du quotidien d'Etat parus entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 19 décembre 2009 ainsi que des journaux privés publiés dans la même période et disponibles.

L'équipe a mené, du 28 décembre 2009 au 11 janvier 2010 une enquête complémentaire par téléphone et visite de Rédaction.

Les personnes ciblées sont les Directeurs de publication et les chaînes de radio et de télévision.

### **2. Résultat de la recherche**

L'équipe de recherche a consulté 826 numéros de journaux (publics et privés). Sur l'ensemble des publications consultées, seules 07 (sept) ont abordé des sujets liés à l'homosexualité.

Il s'agit de :

1. **Togo-Presse** N° 7807 du mercredi 18 juin 2008 (Monde comme il va)
2. **Togo-Presse** N° 79237 du mercredi 24 décembre 2008 (Monde comme il va)
3. **Togo-Presse** N° 8070 du mercredi 08 juillet 2009 (Monde comme il va)
4. **Golfe Info** N° 595 du lundi 12 octobre 2009 P.2.
5. **Liberté** N° 583 du vendredi 16 octobre 2009 P. 4.
6. **Kyrielle** N° 003 de novembre 1999 P. 3.
7. **SIKA'A** N°0036 du mardi 31 mars 2009 P. 1, 2,3.

**Tableau synoptique de la revue de presse sur HSH**

<b>Nom du journal</b>	<b>Rubrique</b>	<b>Titre</b>	<b>Date</b>	<b>Auteur</b>	<b>Source</b>	<b>Sujet abordé</b>
KYRIELLE	Société	Homosexualité Le cas togolais	11/1999	Emmanuel Eric PLACA		Reportage
TOGO-PRESSE	Monde comme il va	Thérapie religieuse pour homosexuel	18/06/08	N'BOUIKE Kossi	(AFP)	Faits divers
TOGO-PRESSE	Monde comme il va	Séminaire de prêtres ou de pédés	24/12/08	N'BOUKE Kossi	(AFP)	Faits divers
SIKA'A		Les homosexuels de Lomé qui sont-ils ?	31/03/09	Emmanuel ATCHA		Interview
TOGO-PRESSE	Monde comme il va	Un péché trop cher	08/07/09	N'BOUKE Kossi	(AFP)	Faits divers
GOLFE INFO	International	Etats-Unis d'Amérique : OBAMA s'engage pour les droits des homosexuels	12/10/09	(AFP)	(AFP)	Actualité
LIBERTE	Actu	Echos du Synode de l'Afrique Mgr Denis Amuzu-Dzakpah et son groupe propose des barrières juridiques contre l'homosexualité	16/10/09	(AFP)	(AFP)	Actualité

D'autres médias tels que **la Radio NANA FM** ont également abordé le sujet de l'homosexualité.

A **Radio Nana Fm**, M. Faustin WOUSSOU, chef de programme a attesté que la chaîne a couvert en août 2009 une exposition de l'artiste peintre togolaise ETHIE AKOUSSA, consacrée à l'homosexualité.

Au micro de **Nana Fm**, l'artiste a dit choisir ce thème pour montrer au public que l'homosexualité n'est pas une si mauvaise chose et qu'il faut de la tolérance et de la compréhension envers ceux qui assument ce choix.

Les propos de l'artiste rapportés dans le journal parlé en français et en Mina ont suscité un tollé de protestation du public, selon le chef de programme M. WOUSSOU.

### 3. Détails des résultats

A la lueur de l'étude, il ressort que peu de médias togolais abordent les sujets relatifs à l'homosexualité.

Dans tous les cas, il se dégage deux perceptions du sujet :

- Dans les trois articles relatifs à l'homosexualité publiés dans le quotidien national Togo-Presse, le sujet est classé dans la rubrique « *insolite* » des faits divers. Les articles recensés tournent en dérision l'homosexualité en milieu religieux.

- Dans l'article : « *Thérapie religieuse pour l'homosexuels* » (**Togo-Presse** du 18/06/08), le texte débute ainsi : « *Considérés comme des malades, des déviants ou tout au moins comme des pêcheurs, les homosexuels en Pologne sont souvent censés se faire soigner dans des institutions spécialisées conçues par l'Eglise Catholique* ».
- L'attitude discriminatoire est également perceptible dans l'article « *Séminaire de prêtres ou de pédés* » (**Togo-Presse** du 24/12/08).

L'article qui dénonce l'homosexualité dans les séminaires, se termine sur cette chute : « *Et l'Evêque de Sankt-Poetne a qualifié ces actes de+++ bêtises de garçons+++* », « *en tout cas pas du tout catholique* », conclut l'auteur sur un ton de sarcasme.

- Le même humour noir enveloppe l'article « *Un péché trop cher* », paru dans **Togo-Presse** du 08/07/09.

Cet article énonce les dommages et intérêts de 3 millions de dollars, « *l'astronomique somme que le diocèse de Scranton en Pennsylvanie (USA) va verser à un jeune homme de 22 ans, à l'anus usé par les appétits sexuels du révérend père Albert Liberatore, un prêtre qui finalement ne libère rien, ne se libère de rien !* ».

- La même perception négative se dégage également de la réaction du public par rapport aux propos de l'artiste Ethie AKOUSSA rapportés par **Radio Nana Fm**.
  - A l'antipode de ces écrits, les articles « *Etats-Unis d'Amérique/Obama s'engage pour les droits des homosexuels dans l'armée* » (**Golfe Info** n° 595 du 12/11/09) et « *Echos du Synode de l'Afrique/ Mgr Denis Amuzu-Dzakpah et son groupe propose des barrières juridiques contre l'homosexualité* » (**Liberté** n° 583 du 16/10/09) prennent le parti des homosexuels à jouir de leurs droits civiques.
  - La position du reportage du magazine **KYRIELLE** (n° 03 de novembre 1999) n'est pas aussi tranchée.

Dans l'article « *Homosexualité/Le cas togolais* », l'auteur Emmanuel Eric PLACA part de l'adoption de la loi du Pacte Civil de Solidarité (PACS) le 13 octobre 1999 en France

pour lever le coin de voile sur l'homosexualité au Togo. Après avoir exposé la tolérance de l'occident à l'homosexualité, le journaliste affirme que la pratique sexuelle entre hommes gagne l'Afrique et le Togo via la télévision, la pornographie et le tourisme sexuel.

« *La situation économique du Togo favorise la propagation de l'acte honteux* », précise-t-il en parlant plutôt de « *sodomie* » qui « *fleurit dans la communauté des expatriés et des intellectuels* ». Il a même cité un Français qui reconnaît avoir eu des relations sexuelles avec de nombreux garçons à Lomé, moyennant de l'argent.

M. Placa lie l'homosexualité à la pédophilie, à la drogue, au gain facile avant de chercher à comprendre l'origine biologique de la pratique en se fondant sur l'ouvrage « *The Sexual Brain* » du neuro-biologiste américain, Simon Le Vay.

Le journaliste tire la conclusion qu'« *il faut donc prendre des mesures rigoureuses contre cette sexualité excentrique* ».

La sortie de l'article a entraîné en son temps la réprobation et du public et des homosexuels qui se sentent trahis, à en croire le Directeur de publication de **KYRIELLE**, M. Credo Adje TETTEH.

- Récemment, le Magazine « **SIKA'A** », dans ses parutions n° 036 du mardi 31 mars 2009 et n° 041 du mardi 9 juin 2009, a publié deux interviews, respectivement à un homosexuel et à une lesbienne.

Ces interviews, affirme M. Komi WEISSAN, le Directeur de publication, sont le fruit de deux mois de tentative à percer le cercle « *clandestin* » des homosexuels après une soirée d'élection « *Miss gay* » organisée à Hédzranwoe, un quartier de Lomé.

Sous le titre, « *Les homosexuels de Lomé : qui sont-ils ?* », l'interview publiée dans le magazine SIKAA, n° 036 du 31 mars 2009 évoque presque toutes les questions suscitées par la pratique sexuelle entre les hommes. Aussi, l'article est-il un témoignage vivant de l'interviewé sur les raisons qui poussent à l'homosexualité, comment le gay assume son orientation sexuelle, la perception qu'en fait l'entourage, l'ampleur grandissante que prend le phénomène au Togo, les conséquences sociales, économiques, sanitaires, etc.

Qu'il soit artiste, politicien, chef d'entreprise ou leader religieux, l'homosexuel togolais vit sa sexualité dans une sorte de « *clandestinité* ». « *Les obstacles et les réticences sont nombreux, car les concernés se sentent menacés et nous ont considéré, pour la plupart du temps, non comme des journalistes, mais comme des espions* », a averti l'auteur de l'interview dans son introduction, M. Emmanuel ATCHA, l'auteur de l'interview.

Toutefois, la réalisation de telle interview donne la preuve que l'homosexualité au Togo commence à sortir de l'ombre.

#### **4. Conclusion**

Les journaux togolais abordent peu à peu les sujets liés à l'homosexualité et les pratiques sexuelles entre hommes. Mais, à notre connaissance, les médias, dans l'évocation du sujet n'ont pas évoqué la corrélation entre cette pratique sexuelle et l'infection au VIH/sida et aux IST.

**Annexe 4: Tableau récapitulatif des informations données par les MSM au cours des focus groupes selon le groupe d'âge et la ville**

Villes	Tranche d'âge		
	18-25 ans	26-35 ans	36 ans et plus
Lomé	Vivent seuls ; les parents étant souvent absents	Vivent seuls ; les parents étant souvent absents	Beaucoup plus autonomes et indépendants des pairs et des familles;
	Plus liées aux pairs qu'à la famille et la fratrie	Plus liées aux pairs qu'à la famille et la fratrie	Beaucoup autonome et indépendants des pairs et des familles
	Homosexuel pur	Homo et hétérosexuel	Homo et hétérosexuel
	Sont la plupart des temps actifs	Actifs et passifs	Passifs
	Elèves/ étudiants/apprentis	Sans emploi stable, employé ou chômeur	Employés/commerçants plus ou moins stables
	Facilité de se traiter du fait de l'étendue de Lomé et du nombre important des structures de santé tant public que privé		
	Les MSM ont plus accès aux informations de part la diversité des médias, des actions des PE et des activités ONG en faveur des MSM		
	L'accessibilité aux préservatifs et lubrifiants pharmaceutiques est plus facile		
	Les partenaires sont plus faciles à rencontrer à cause des soirées et des lieux de rencontre bien définis		
	Les MSM sont plus organisés en terme de regroupement et partage d'informations		

<b>Les grandes villes de l'intérieur</b>	Plus actifs que passifs	Joue le rôle passif ou actif selon les intérêts/motivations financières et matérielles des partenaires	-
	Les MSM sont moins organisés en terme de regroupement et de partage d'informations		
			Beaucoup autonome et indépendant des pairs, des familles ; jouant le rôle entraînement auprès des plus jeunes
	Vivent en famille et gardent les relations avec celle-ci		
	Elèves/ étudiants/apprentis	Sans emploi stable, employé ou chômeur	Employés/commerçants plus ou moins stables
	Les HSH de cette tranche d'âge sont moins informés en matière d'IST/VIH	-	Par contre les HSH de 36 ans et plus ont plus d'informations en matière d'IST/VIH
	La promiscuité sociale contraint les MSM à cacher leurs IST/VIH de peur d'être reconnu par un parent		Plus de capacité à se prendre en charge en cas de maladie
	L'approvisionnement en lubrifiants pharmaceutiques est plus difficile aux jeunes dont les moyens financiers sont limités		
	N'utilisent pas systématiquement les préservatifs et les lubrifiants	L'utilisation du condom et du lubrifiant est fonction du rôle	L'utilisation du condom et du lubrifiant est plus fonction des partenaires
	Homosexualité dissimulée sous forme hypocrite	Homosexualité vécue avec le groupe des pairs sous forme de mode ; souvent en groupe homogène (âge, niveau d'éducation)	Homosexualité vécue plus au moins ouvertement dans l'environnement en toute responsabilité
Redoute le rejet à la stigmatisation familiale et sociale	Redoute la stigmatisation ou rejet social		

**Annexe 5 Répartition en (%) des MSM par ville d'enquête**

Villes	Effectif N=630	Pourcentage
ANEHO	64	10,2
ATAKPAME	30	4,8
DAPAONG	23	3,7
KARA	60	9,5
KPALIME	61	9,7
LOME	269	42,7
SOKODE	61	9,7
TSEVIE	62	9,8