

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE  
-----  
CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA  
ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

REPUBLIQUE TOGOLAISE  
-----  
*Travail – Liberté – Patrie*



## **Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Togo en 2015**

**Rapport d'étude 2015**



---

**LE SECRETARIAT PERMANENT**

01 BP : 2237 Lomé 01 Tél. : +228 22 61 62 77 Fax : +228 22 61 62 81  
Email : [cnls@laposte.tg](mailto:cnls@laposte.tg) / [cnlstogo@cnlstogo.org](mailto:cnlstogo@cnlstogo.org) / Site Web : [www.cnlstogo.org](http://www.cnlstogo.org)

## **Remerciements**

Le coordonnateur National du SP/CNLS-IST adresse ses gratitudees :

- au Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme pour son soutien financier qui a permis de réaliser cette deuxième enquête nationale chez les HSH au Togo ;
- à PSI Togo qui dans le cadre de la mise en œuvre du projet série 8 du Fonds Mondial a été le partenaire technique ;
- aux membres du groupe national de référence de suivi-évaluation du SP/CNLS pour leur expertise et leur disponibilité de tout au long du processus de cette enquête
- au Dr EKOUEVI Didier du Cabinet CARESP pour son expertise dans la réalisation de cette étude.

## Tables des matières

Tables des matières .....	3
Résumé Exécutif .....	8
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	12
<b>1.1 Situation épidémiologique</b> .....	12
<b>1.2 Objectifs</b> .....	14
<b>2. METHODE</b> .....	15
<b>2.1 Schéma d'étude</b> .....	15
<b>2.2 Période d'étude</b> .....	15
<b>2.3 Sélection de la population d'étude</b> .....	15
<b>2.3.1 Critères d'inclusion</b> .....	15
<b>2.3.2 Critère de non inclusion</b> .....	16
<b>2.4 Sélection des sites</b> .....	16
<b>2.5 Recrutement des HSH</b> .....	17
<b>2.5.1 Choix des «seeds»</b> .....	18
<b>2.5.2 L'utilisation des coupons</b> .....	19
<b>2.6 Calcul de la taille de l'échantillon</b> .....	20
<b>2.7 Recueil des données</b> .....	20
<b>2.8 Recherche du VIH au laboratoire</b> .....	21
<b>2.8.1 Prélèvements</b> .....	21
<b>2.8.2 Tests biologiques</b> .....	21
<b>2.8.3 Contrôle qualité de la recherche du VIH au laboratoire</b> .....	21
<b>2.9 Aspects éthiques et réglementaires</b> .....	22
<b>2.9.1 Formulaire de consentement</b> .....	22
<b>2.9.2 Confidentialité et Protection de l'anonymat</b> .....	22
<b>2.10 Traitement des données</b> .....	23
<b>2.10.1 Saisie des données</b> .....	23
<b>2.10.2 Analyses des données</b> .....	23
<b>2.10.3 Comité de pilotage: fonctions et responsabilités</b> .....	23
<b>2.10.4 Formation et information du personnel exécutant de l'étude</b> .....	24

<b>2.11 Assurance qualité</b> .....	24
<b>2.11.1 Coordination générale</b> .....	24
<b>2.11.2 Recrutement et formation</b> .....	24
<b>2.11.3 Remplissage des fiches et contrôle des données</b> .....	25
<b>2.11.4 Laboratoire</b> .....	25
<b>3. RÉSULTATS</b> .....	26
<b>3.1 Population d'étude</b> .....	26
<b>3.2 Caractéristique socio démographique des HSH</b> .....	26
<b>3.3 Vie sociale des HSH</b> .....	27
<b>3.4 Description de la consommation d'alcool et de drogues</b> .....	29
<b>3.5 Activités sexuelles des HSH</b> .....	30
<b>3.5.1 Partenaires sexuels sur les 12 derniers mois</b> .....	30
<b>3.6 Pratiques sexuelles des HSH au cours du dernier mois</b> .....	32
<b>3.7 Circonstance du dernier rapport sexuel chez les HSH</b> .....	34
<b>3.8 Connaissances et idées reçues sur le VIH/SIDA</b> .....	36
<b>3.8.1 Idées reçues sur le VIH</b> .....	36
<b>3.8.2 Connaissance des moyens de transmission</b> .....	38
<b>3.8.3 Connaissance approfondie sur le VIH/Sida</b> .....	38
<b>3.9 Utilisation du préservatif chez les HSH</b> .....	39
<b>3.10 Prévalence du VIH</b> .....	40
<b>3.10.1 Prévalence du VIH dans les différentes villes de l'étude</b> .....	41
<b>3.10.2 Prévalence du VIH à Lomé et dans les autres villes du Togo</b> .....	42
<b>3.10.3 Prévalence du VIH selon la tranche d'âge des HSH</b> .....	43
<b>3.10.4 Prévalence du VIH selon la nationalité des enquêtés</b> .....	44
<b>3.10.5 Prévalence du VIH selon le statut matrimonial</b> .....	45
<b>3.10.6 Prévalence du VIH selon le niveau d'étude</b> .....	46
<b>3.10.7 Prévalence du VIH selon la vie de couple</b> .....	47
<b>3.10.8 Prévalence du VIH selon le fait d'avoir déjà effectué un voyage l'étranger</b> .....	48
<b>3.10.9 Prévalence du VIH selon la participation à une association de VIH</b> .....	48
<b>3.10.10 Prévalence du VIH selon les antécédents de dépistage du VIH</b> .....	49

<b>3.11 Facteurs associés à l'infection à VIH</b> .....	51
<b>3.11.1 Analyse univariée</b> .....	51
<b>3.11.2 Analyse multivariée</b> .....	52
<b>3.12 Réalisation du test de dépistage du VIH</b> .....	54
<b>3.12.1 Accès au dépistage du VIH</b> .....	54
<b>3.12.2 Circonstance de réalisation du test de dépistage VIH</b> .....	55
<b>3.12.3 Délais de réalisation du dernier test de dépistage du VIH</b> .....	56
<b>3.12.4 Accès aux structures de soins</b> .....	57
<b>3.12.5 Obstacles structurels à l'accès au service de santé</b> .....	57
<b>3.12.6 Motif de la dernière visite dans une structure de soins</b> .....	58
<b>3.13 Exposition aux interventions du programme</b> .....	59
<b>3.14 Attitude stigmatisant et homophobe envers les HSH</b> .....	60
<b>4. DISCUSSIONS</b> .....	61
<b>5. CONCLUSION</b> .....	62
<b>6. SUGGESTIONS</b> .....	63
<b>Références</b> .....	64

Liste des tableaux

<i>Tableau 1. Prévalence du VIH chez les HSH en Afrique.....</i>	<i>13</i>
<i>Tableau 2. Ville et nombre de seeds HSH.....</i>	<i>19</i>
<i>Tableau 3. Répartition des HSH enquêtés selon les villes au Togo en 2015.....</i>	<i>26</i>
<i>Tableau 4. Caractéristiques sociodémographiques des HSH.....</i>	<i>27</i>
<i>Tableau 5. Vie familiale et sociale des HSH.....</i>	<i>28</i>
<i>Tableau 6. Consommation d'alcool et de drogues chez les HSH au Togo en 2015.....</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 7. Pratiques sexuelles au cours du dernier mois chez les HSH au Togo en 2015.....</i>	<i>33</i>
<i>Tableau 8. Connaissances et attitudes sur le VIH/SIDA.....</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 9. Connaissances approfondies sur le VIH/SIDA.....</i>	<i>39</i>
<i>Tableau 10. Utilisation du préservatif selon les pratiques sexuelles avec un homme lors des 30 derniers jours.....</i>	<i>40</i>
<i>Tableau 11. Facteurs associés à l'infection à VIH. Analyse uni variée (N=491).....</i>	<i>51</i>
<i>Tableau 12. Facteurs associés à l'infection à VIH. Analyse multivariée (N=491).....</i>	<i>53</i>
<i>Tableau 13. Accès et réalisation au test de dépistage du VIH chez les HSH.....</i>	<i>54</i>
<i>Tableau 14. Accès aux structures de soins et aux méthodes contraceptives (N=496).....</i>	<i>57</i>
<i>Tableau 15. Attitude des prestataires de soins vis-à-vis des HSH.....</i>	<i>57</i>
<i>Tableau 16. Exposition des HSH aux différentes interventions du programme de VIH (N=496).....</i>	<i>59</i>
<i>Tableau 17. Violences physiques et sociales à l'égard des HSH.....</i>	<i>60</i>

## Liste des figures

Figure 1. Carte du Togo .....	17
Figure 2. Recrutement des HSH selon la méthode RDS .....	18
Figure 3. Divulgence des orientations sexuelles des HSH dans leur entourage.....	29
Figure 4. Genre et origine des partenaires sexuels des HSH au cours des 12 derniers mois au Togo en 2015.....	31
Figure 5. Age des partenaires sexuels des HSH au Togo en 2015.....	32
Figure 6. Type de partenaire lors du dernier rapport sexuel .....	34
Figure 7. Lieu de rencontre du dernier partenaire sexuel chez les HSH du Togo en 2015.....	35
Figure 8. Lieu du rapport sexuel avec le dernier partenaire chez les HSH du Togo en 2015..	35
Figure 9. Rémunération du dernier rapport sexuel avec un homme chez les HSH du Togo en 2015.....	36
Figure 10. Connaissances des moyens de prévention du VIH .....	38
Figure 11. Prévalence de l'infection à VIH selon les villes du Togo.....	41
Figure 12. Prévalence de l'infection à VIH à Lomé et dans les autres villes du Togo .....	42
Figure 13. Prévalence de l'infection à VIH par tranches d'âge .....	43
Figure 14. Prévalence de l'infection à VIH selon la nationalité .....	44
Figure 15. Prévalence de l'infection à VIH selon le statut matrimonial .....	45
Figure 16. . Prévalence de l'infection à VIH selon le niveau d'étude.....	46
Figure 17. Prévalence de l'infection à VIH selon la vie de couple .....	47
Figure 18. Prévalence de l'infection à VIH selon le fait d'avoir voyagé.....	48
Figure 19. Prévalence de l'infection à VIH selon l'appartenance à une association de HSH..	49
Figure 20. Prévalence de l'infection à VIH en fonction des antécédents de dépistage du VIH .....	50
Figure 21. Occasions de dépistage du VIH lors du dernier test VIH réalisé (N=322).....	55
Figure 22. . Délai de réalisation du test du VIH.....	56
Figure 23. Raisons de la dernière visite dans une structure sanitaire.....	58

## **Résumé Exécutif**

### **Contexte :**

L'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) commence par faire l'objet de plusieurs études épidémiologiques en Afrique. Les tabous liés à l'homosexualité et la stigmatisation dont sont victimes les HSH, dans une société où cette pratique est considérée comme étant contre nature les rendent vulnérables et renforcent l'évolution de l'épidémie déjà mal connue en leur sein. Le Togo ne disposant pas encore de système national de surveillance des populations clés a décidé de mener des études fréquemment afin de connaître l'évolution de l'épidémie au sein de cette population. Il est donc nécessaire d'avoir des données fiables sur la séroprévalence du VIH dans cette population afin de mieux planifier les actions de lutte qui contribueront à réduire d'avantage l'incidence globale de l'infection au Togo. Il s'agit de la troisième étude de séroprévalence réalisée chez les HSH au Togo. L'objectif était d'estimer la prévalence du VIH et d'identifier les facteurs associés.

### **Méthode :**

Une étude transversale a été réalisée chez les HSH au Togo de mars 2015 à mai 2015. Ont été inclus dans cette étude, les HSH âgés de 18 ans. La méthode random sampling (RDS) a été utilisée. Le recrutement a été réalisé à l'aide de seeds ou graine afin d'atteindre le nombre de sujets nécessaire dans chaque ville. Un questionnaire standardisé a été utilisé portant sur les caractéristiques socioculturelles, la vie sociale, les pratiques sexuelles, l'accès aux structures de santé et l'acceptabilité du dépistage du VIH. La prévalence du VIH a été estimée avec son intervalle de confiance (IC) à 95%. Les résultats ont été présentés sous forme de fréquences pour les variables qualitatives ; de moyenne ou médiane pour les variables quantitatives. Des analyses univariées et multivariées ont été effectuées pour déterminer les facteurs associés à la prévalence du VIH.

### **Résultats :**

#### **▪ Caractéristiques socio démographiques et vie sociale des HSH**

Parmi les 496 HSH enquêtés, l'âge médian était de 23 ans et l'étendue interquartile (EIQ) de [21-27 ans]. La population était composée en majorité de Togolais (97,4%),



ayant au moins le niveau secondaire (89,7%), principalement chrétiens (69,2%), musulmans (12,7%) et animistes (10,1%). Près de la moitié des HSH (47,6%) étaient encore élèves ou étudiants, ceux qui travaillaient étaient artisans ou stylistes (6,9%), et les sans-emplois représentaient environ 1/10<sup>ème</sup> des HSH. La plupart des HSH (91,1%) étaient célibataires et environ 6,5% d'entre eux étaient mariés, divorcés ou vivaient en concubinage. Les HSH enquêtés habitaient la plupart du temps seuls (66,7%), en famille (25,3%) ou en couple avec leur conjoint (4,8%). Seuls 73 HSH (14,7%) déclaraient être engagés dans une relation de couple, 63 (12,7%) avec un homme et 10 (2,0%) avec une femme. Près de la moitié des enquêtés (44,6%) appartenaient à des associations de HSH et la plupart d'entre eux 34,3% avaient divulgué leurs orientations sexuelles à leurs proches.

▪ **Consommation d'alcool et de drogues**

Plus de la moitié d'entre eux (55,4%) consommaient des boissons alcoolisées et environ 30% consommaient de l'alcool au moins trois fois par semaine. Cinquante-huit (11,7%) avaient déjà consommé du cannabis et environ 1% consommaient des drogues par voie intraveineuse.

▪ **Relations sexuelles avec un homme et une femme**

Au cours des 12 derniers mois, 441 HSH (88,9%) avaient eu des rapports sexuels avec des hommes, le plus souvent avec des togolais (80,0%), ou d'homme européens (16,7%). Près du quart des HSH (24,1%) avait également eu des rapports sexuels avec des femmes au cours des 12 derniers mois, principalement des femmes togolaises (57,7%). Les partenaires sexuels des HSH étaient le plus souvent jeunes, plus de 80% d'entre eux ayant moins de 35 ans. On note cependant que 1,4% d'entre eux avaient des rapports sexuels avec des jeunes mineurs.

▪ **Différentes pratiques sexuelles**

Les principales pratiques sexuelles rapportées par les HSH du Togo étaient dominées par les rapports sexuels pénétrants et non-pénétrants. Pour les rapports sexuels pénétrants, les rapports anaux actifs (68,1%), étaient le type de rapport le plus fréquent au cours des 30 derniers jours, alors que les rapports anaux passifs n'étaient rapportés que par 37,2% des HSH. Les rapports non-pénétrants étaient largement dominés par la fellation (87,5%) alors que la masturbation et les rapports oraux-anaux n'étaient rapportés que dans moins de 15% des cas.

- **Rémunération des pratiques sexuelles**

La majorité des derniers rapports sexuels avait fait l'objet d'une rémunération donnée (58,8%) ou reçue (12,7%) par l'enquêté.

- **Connaissances approfondies sur le VIH**

Seulement 43 (8,7%) HSH avaient une connaissance approfondie de l'infection à VIH. Il n'y a pas de différence de la connaissance approfondie sur le VIH en fonction de l'âge, de la ville, du niveau d'étude, de la participation à une association HSH ou encore en fonction de la participation ou non à une activité de sensibilisation des HSH.

- **Utilisation du préservatif**

L'utilisation régulière du préservatif (souvent et systématiquement) était fonction des pratiques sexuelles. Au cours des 30 derniers jours, 68,6% des HSH avaient régulièrement utilisé un préservatif au cours des rapports anaux actifs et 71,9% l'avaient utilisé au cours des rapports anaux passifs. Le préservatif était peu utilisé pour les rapports non-pénétrants, entre 28% et 35% lors des fellations et entre 28% et 57% lors des rapports oraux-anaux.

- **Réalisation du test du VIH**

La grande majorité des HSH connaissait un lieu de réalisation du test de dépistage du VIH (90,3%), mais seuls 322 d'entre eux (66,3%) avaient déjà réalisé un test de dépistage. Parmi ceux-ci, 270 (83,9%) étaient revenus pour le conseil post-test pour le rendu des résultats. Par ailleurs, 254 HSH (50,9%) connaissaient le statut sérologique de leur partenaire, principalement ceux de Lomé commune ( $p < 0,001$ ).

- **Prévalence du VIH**

La prévalence du VIH chez les HSH en 2015 était de 13,0%, intervalle de confiance à 95% [10,0-16,0%]. En analyse univariée, trois variables étaient associées à l'infection à VIH : l'âge des HSH ( $p = 0,021$ ), les antécédents de dépistage du VIH ( $p = 0,0031$ ), Le fait d'avoir déjà effectué un voyage ( $p = 0,033$ ) et la ville de résidence des HSH ( $p < 0,001$ ). En analyse multivariée, trois variables étaient associées à l'infection à VIH l'âge des HSH ( $p = 0,021$ ), les antécédents de dépistage du VIH ( $p = 0,0031$ ), et la ville de résidence des HSH ( $p < 0,001$ ). Les autres facteurs à savoir, la nationalité, le statut matrimonial, l'appartenance à une association d'HSH n'étaient pas associés à la prévalence du VIH.

- **Attitudes stigmatisantes et Homophobes vis-à-vis des HSH**

Pour ce qui est des agressions homophobes, environ un HSH sur huit (14,9%) en avait déjà été victime au moins une fois dans sa vie. Ces agressions étaient le plus souvent perpétrées par un membre de l'entourage non familial (64,9%) ou un membre de la famille (31,1%). La plupart des HSH (73,2%) rapportaient avoir déjà subi des violences sexuelles, à un âge médian de 17 ans, étendue interquartile [12-21]. Environ un quart des HSH (24,4%) disait être accepté dans leur entourage vis-à-vis de leur homosexualité, tandis que l'indifférence et le rejet étaient ressentis respectivement par 16,1% et 4,0% des HSH.

**Conclusion :**

Il s'agit de la troisième étude de séroprévalence du VIH réalisée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) au Togo. Elle a été réalisée en mars 2015 dans huit grandes villes du Togo, avec l'inclusion de 496 HSH qui ont été interviewés et 491 HSH testés pour le VIH. Cette troisième étude de séroprévalence réalisée chez les HSH confirme la prévalence élevée du VIH chez les HSH du Togo, avec une prévalence 5 fois plus élevée que la prévalence nationale. Elle permet de relancer la réflexion sur les approches de sensibilisation et de prévention du VIH ciblant les populations cachées et stigmatisées telles que les HSH et les usagers de drogues.

Des études de séroprévalence devront s'étendre à d'autres infections virales notamment des hépatites B et C afin de prendre en compte de manière globale des IST chez les HSH au Togo.

## **1. INTRODUCTION**

### **1.1 Situation épidémiologique**

A l'échelle mondiale, les taux d'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) sont beaucoup plus élevés que dans la population générale <sup>1</sup>. Une grande partie des données sur le VIH/sida chez les HSH vient des pays industrialisés et à revenu élevé. Ainsi, depuis 2000, une recrudescence des pratiques sexuelles à risque est observée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) à travers les enquêtes sur les comportements sexuels dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest <sup>2,3</sup> et d'Amérique du Nord <sup>4</sup>. Dans le même temps, des enquêtes sérologiques menées dans les pays d'Europe de l'Ouest rapportent une augmentation de plus de 50 % du nombre de nouveaux cas de séropositivité au VIH chez les HSH entre 2001 et 2004 <sup>5</sup>. La situation épidémiologique de l'infection à VIH chez les HSH est donc préoccupante et mérite une attention particulière dans les pays sous-développés où ce phénomène jadis ignoré et minimisé prend de l'ampleur et devient une réalité<sup>6,7</sup>.

En Afrique sub-saharienne, les données pertinentes sont limitées et difficiles à recueillir du fait de la stigmatisation et des tabous liés à l'homosexualité <sup>8</sup>. Une autre difficulté est liée au fait que presque toutes les sociétés africaines considèrent l'homosexualité comme une déviance intolérable et l'interdisent généralement. Cependant, quelques études réalisées en Afrique montrent une prévalence du VIH 3 à 4 fois plus élevée chez les HSH que dans la population générale <sup>9</sup>. Ainsi en Afrique du Sud, en 2008, la séroprévalence du VIH était estimée à 49,5% parmi les 204 HSH enrôlés à Johannesburg et de 27,5% parmi les 81 HSH enrôlés à Durban<sup>10</sup>. Au Sénégal, deux études ont été réalisées chez les HSH et ont montré que la prévalence du VIH était de 17,5% en 2004 et de 13% en 2007 tandis qu'elle était seulement de 1% dans la population générale<sup>11-13</sup>. Enfin, au Nigeria, une enquête nationale a inclus 879 HSH et rapporté 1.1% de prévalence à Cross River, 9,3% à Kano et 17,4% à Lagos <sup>14</sup>.

**Tableau 1. Prévalence du VIH chez les HSH en Afrique**

Pays, Ville	Année	Effectif	Prévalence du VIH (%)	Prévalence Nationale
<b>Afrique du sud</b> <sup>10</sup>				17,8%
- Johannesburg	2008	204	49,5	
- Durban	2008	81	27,5	
<b>Nigeria</b> <sup>14</sup>				3,6%
- Cross-River	2007	-	1,1	
- Kano	2007	879	9,3	
- Lagos	2007	-	17,4	
<b>Sénégal</b> <sup>12</sup>				0,9%
	2004	419	22,4	
	2007	500	21,8	
<b>Afrique du sud</b> <sup>15</sup>				17,8%
- Cape Town	2010	542		

A l'instar du Togo, de nombreux pays ne disposent pas encore de système national de surveillance des populations à haut risque. Généralement, les seules données de surveillance disponibles sont les résultats de la séro-surveillance sentinelle chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans vues en consultation prénatale. Ainsi, d'après ces données, la prévalence du VIH au Togo est passée de 4,2% en 2006 à 3,5% en 2010 <sup>16,17</sup>. Au cours de la même période, pour la tranche d'âge des 15-24 ans elle est passée de 3,3% en 2006 à 2,2 % en 2010 <sup>16,17</sup>. Les dernières estimations de l'ONUSIDA rapportent une prévalence de 2,5% en 2013, traduisant une tendance significative à la baisse aussi bien selon les tranches d'âges que selon les zones géographiques. Toutefois, l'évolution de l'épidémie au sein des populations hautement vulnérables telles que les HSH, les professionnelles du sexe (PS) et les usagers de drogues injectables (UDI) reste encore mal connue.

En 2011, une étude transversale menée dans six grandes localités du Togo auprès de 758 HSH recrutés par la méthode boule de neige a rapporté une prévalence moyenne du VIH de 19,6%, intervalle de confiance à 95% [15,9-23,8%], avec des variations selon les régions (29,6% à Lomé jusqu'à 4,6% en moyenne dans les autres villes du pays). La même étude a mis en évidence trois facteurs associés à l'infection à VIH

chez les HSH : « résidé à Lomé » Odds Ratio ajusté (ORa)=9,68 ;  $p < 0,001$ ), « avoir une bonne connaissance des modes de transmission du VIH » (ORa=0,59 ;  $p = 0,049$ ) et « avoir un partenaire sexuel régulier » (ORa=0,59 ;  $p = 0,048$ )<sup>18</sup>.

Cette première étude a également rapporté une faible acceptation du dépistage du VIH chez les HSH (35% de refus) et a mis en évidence les comportements sexuels à risque (usage systématique du préservatif relativement faible). Bien qu'elle ait été limitée par la méthode de recrutement des participants (boule de neige simple) qui ne permettait pas d'assurer un échantillon représentatif de la population des HSH <sup>18</sup>, de nombreuses recommandations ont été formulées et adoptées par les autorités en vue d'améliorer la santé des HSH.

Trois ans après les premières estimations et la mise en œuvre des premières recommandations, il était nécessaire de mesurer à nouveau la séroprévalence du VIH et des comportements sexuels à risque parmi les HSH afin d'évaluer l'impact des actions entreprises pour réduire la prévalence du VIH.

## 1.2 Objectifs

Objectif principal :

Estimer la séroprévalence du VIH chez HSH au Togo en 2015

Objectifs secondaires

- Décrire les comportements sexuels à risque chez les HSH au Togo en 2015
- Décrire connaissances, attitudes et pratiques des HSH en matière de prévention du VIH et des IST au Togo en 2014.
- Identifier les déterminants associés à la prévalence du VIH chez les HSH au Togo en 2014
- Faire des recommandations pour améliorer les conditions de vie des HSH vivant avec le VIH et pour renforcer les campagnes de prévention en matière de VIH/sida dans cette population.

## **2. METHODE**

### **2.1 Schéma d'étude**

Une étude transversale à visée descriptive et analytique a été conduite par une équipe pluridisciplinaire, composée de médecins, de travailleurs sociaux, de statisticiens démographiques, de socio-anthropologues et de biologistes travaillant en étroite collaboration avec des leaders communautaires HSH. L'étude a été réalisée au Togo auprès d'un échantillon recruté selon la méthode RDS (Respondent Driven Sampling) décrite plus bas.

### **2.2 Période d'étude**

L'étude a été réalisée de février 2015 à mars 2015.

### **2.3 Sélection de la population d'étude**

#### **2.3.1 Critères d'inclusion**

La population d'étude était constituée d'hommes se déclarant comme ayant des rapports sexuels avec des hommes. Selon le document de la politique nationale, le concept d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est un concept large de santé publique utilisé pour définir les comportements sexuels des personnes de sexe masculin ayant des rapports sexuels avec d'autres personnes de sexe masculin, indépendamment des motifs les incitant à avoir des rapports sexuels et de l'identification avec une quelconque «communauté». C'est également une orientation sexuelle, selon une perspective psychologique ou sociologique. Le mot s'applique indistinctement aux hommes et aux femmes. On parle maintenant des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

- Agé de 18 ans et plus ;
- De sexe masculin ;
- Vivant sur le territoire togolais et dont la durée de séjour est > 3 mois ;
- Quelle que soit la nationalité d'origine.

### **2.3.2 Critère de non inclusion**

- Ambiguïté sexuelle ou transgenre

### **2.4 Sélection des sites**

L'enquête a été réalisée dans les grandes villes du Togo. Nous définissons comme grandes villes les localités d'au moins 50 000 habitants ainsi que toutes les villes limitées par une frontière avec un des pays voisins du Togo (Bénin, Ghana, Burkina-Faso), quelle que soit la taille de la population. Les villes qui ont été sélectionnées pour cette étude sont les suivantes du nord au Sud : Cinkassé, Dapaong, Kara, Sokodé, Atakpamé, Kpalimé, Aného, Tsévié et Lomé.



## TOGO



Figure 1. Carte du Togo

## 2.5 Recrutement des HSH

La méthode d'échantillonnage basée sur les répondants (RDS, Respondent Driven Sampling), a été utilisée pour le recrutement des HSH. Il s'agit d'une méthode d'échantillonnage basée sur la référence des pairs HSH. Elle est reconnue efficace

pour la réalisation des études de surveillance comportementale et biologique du VIH au sein des groupes à haut risque difficile à atteindre par les méthodes classiques.

### 2.5.1 Choix des «seeds»

En bref, 25 personnes ressources de la communauté des HSH ont été choisies en qualité de premiers enquêtés («seeds»). Le choix de ces «seeds» était basé sur leur représentation des sous-groupes sociaux des HSH dans les villes de l'étude, à savoir : passifs, actifs, versatiles, bisexuels, gays. Ces « seeds », après leur premier entretien, était chargé de recruter chacun trois autres HSH au sein de leur réseau social en utilisant un coupon portant un code unique. Ces derniers recrutés par les «seeds» ont constitué la première vague des participants, et qui ont chacun à leur tour recruté au plus 3 enquêtés. La procédure s'est poursuivie jusqu'à l'obtention de la taille d'échantillon requise. La stratégie de recrutement est matérialisée sur la figure suivante :

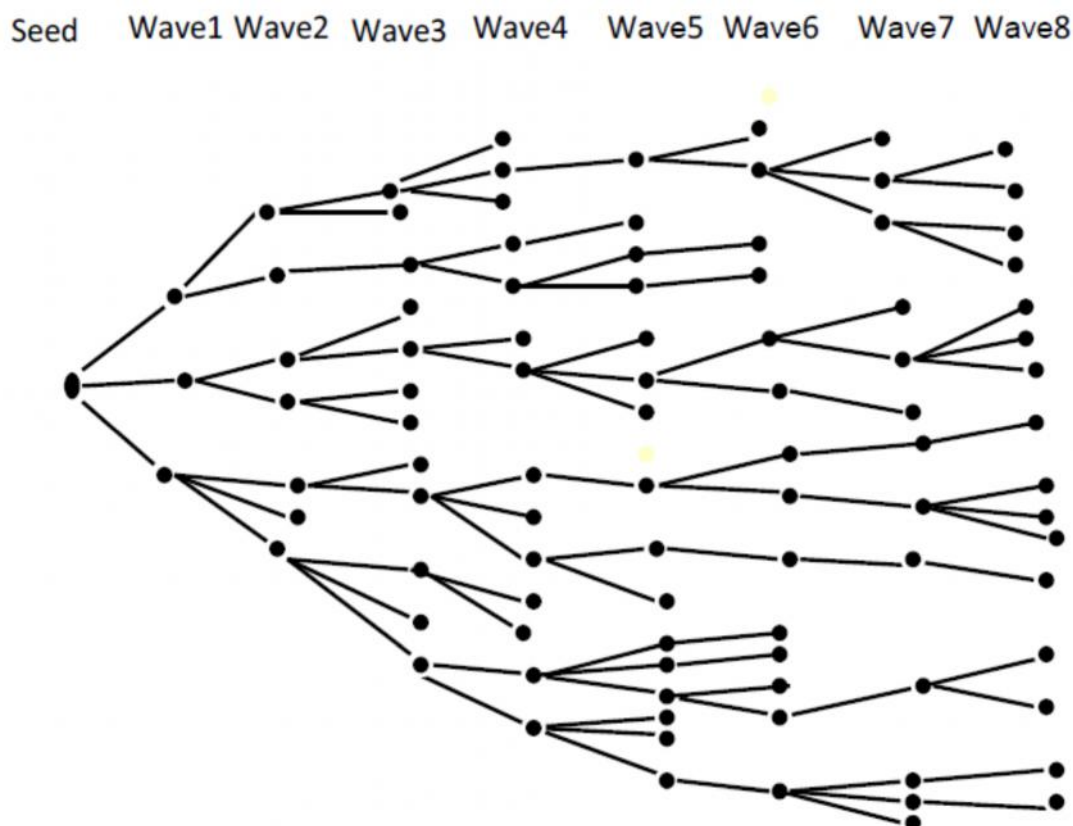


Figure 2. Recrutement des HSH selon la méthode RDS

**Tableau 2. Ville et nombre de seeds HSH**

<u>Nom</u>	<u>Région.</u>	<u>Population</u> <b>Juin 2010</b>	Nombre de seeds	<u>Nombre de HSH</u> <b>A recruter</b>
Aného	MAR	23,131	1	20
Atakpamé	PLA	62,047	2	40
Dapaong/Cinkassé	SAV	54,278	2	40
Kara	KAR	89,439	2	40
Kpalimé	PLA	69,531	2	40
Lomé	MAR	750,757	12	240
Tsévié	MAR	51,989	2	40
<b>Total</b>			<b>25</b>	<b>460</b>

Source (2010) Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, République Togolaise (web).

- Un seed HSH a été recruté pour des villes de moins de 50 000 habitants
- Deux seeds HSH pour des villes dont la population est comprise entre 50 000 et 100 000 habitants.
- Pour Lomé 12 grains ont été recrutés

### **2.5.2 L'utilisation des coupons**

Cette mesure visait à minimiser les reprises des mêmes individus qui se feraient enquêter plusieurs fois pour des fins lucratives. On s'est appuyé sur les associations identitaires pour garantir le sérieux du travail.

Le nombre de coupons distribué aux participants HSH par chaque seeds était fixé à trois pour permettre aux participants de recruter en gros le même nombre de pairs. Le quota de coupons a permis ainsi à chacun d'avoir une chance égale de recruter des pairs. Chaque coupon avait un espace suffisant pour porter un numéro unique, ce qui a permis d'établir un lien entre les résultats de l'enquête, les résultats biologiques, les incitations et de retracer l'arbre généalogique des recrutements qui est essentiel dans l'analyse de la méthode RDS. Chaque coupon portait aussi le titre du projet évitant les stigmatisations (Projet de sensibilisation du VIH), le lieu d'enquête, les heures et les jours d'inscription, les informations de base sur l'étude

et une date d'expiration pour encourager un flot régulier de recrutements. Les coupons avaient deux parties : une partie qui a été détachée et remise à la recrue pour s'inscrire à l'étude et une autre partie qui a servi de reçu au recruteur qui avait recruté un pair. Les coupons ont été élaborés minutieusement afin d'éviter toute falsification.

## 2.6 Calcul de la taille de l'échantillon

Le calcul du nombre de sujets nécessaires a été réalisé sur la base des estimations de la prévalence pour une étude descriptive suivant la formule ci-après en considérant les paramètres inclus :

$$N = Z^2 [p (1-p)] \Delta^2.$$

- Pour une prévalence de l'infection à VIH attendue estimée p à 20% chez les HSH, d'après les données de prévalence de 2011 ;
- Pour avoir une précision de l'estimation de  $\Delta$  à 4%, soit une prévalence entre [16% et 24%] avec un risque de première espèce alpha  $\alpha$  estimé à 5% ;
- Nous avons inclus au total 496 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Togo.

*Ce calcul a été réalisé à titre indicatif, mais compte tenu des problèmes de stigmatisation avec les HSH, et de la technique de sondage proposée, nous avons évalué la prévalence avec un intervalle de confiance à 95%.*

## 2.7 Recueil des données

Un questionnaire standardisé comprenant les variables suivantes a été administré à chaque HSH. Il a inclus :

- Les données sociodémographiques
- Les comportements sexuels à risque : rapport sexuel avec un partenaire masculin, féminin
- Les maladies sexuellement transmissibles
- Les moyens de prévention utilisée pour l'infection à VIH et les IST : utilisation de préservatifs et de gel lubrifiants au cours des rapports sexuels
- Les antécédents de dépistage au VIH
- La connaissance du statut sérologique

## **2.8 Recherche du VIH au laboratoire**

Elle a été réalisée au laboratoire de référence du VIH à Lomé au Togo (BIOLIM, Laboratoire de Bactériologie-Virologie, Université de Lomé). La méthode utilisée par le laboratoire, les modalités de contrôles et l'assurance qualité ont été discutées et validées par le laboratoire.

### **2.8.1 Prélèvements**

Un prélèvement de 4 ml de sang veineux a été réalisé au niveau du pli du coude dans un tube EDTA et a servi au diagnostic du VIH. Les prélèvements ont ensuite été transférés dans le centre de santé le plus proche disposant d'un laboratoire réalisant les sérologies VIH. Enfin, le laboratoire de référence a aliquoté les plasmas soit pour un contrôle qualité soit pour les résultats discordants avec les tests rapides de détection du VIH. Un numéro d'anonymat a été attribué à chaque prélèvement **ne permettant en aucun cas de retrouver l'identité du patient**. Le même numéro a été reporté sur la fiche de renseignement accompagnant le prélèvement.

### **2.8.2 Tests biologiques**

Pour les besoins de cette enquête de surveillance, les tests les plus appropriés étaient ceux qui ont identifié les anticorps dirigés contre le VIH. Deux tests rapides VIH fournis par le promoteur (PSI) homologués par le programme national ont été utilisés en série selon les recommandations et l'algorithme national. Dans les cas de séro-discordance, un troisième test était réalisé pour confirmer le statut sérologique.

### **2.8.3 Contrôle qualité de la recherche du VIH au laboratoire**

Un contrôle qualité a été réalisé auprès de 10% des échantillons de cette enquête qui ont été tiré au sort avant le début de l'étude. Les modalités de réalisation de ce contrôle ont été discutées et validées avec le laboratoire de référence identifié.

## **2.9 Aspects éthiques et réglementaires**

Le protocole et les amendements qui ont suivi ont été soumis au comité d'éthique afin d'obtenir son avis pour la réalisation de l'étude. Le comité d'éthique a effectué des visites de terrain pour vérifier si les règles éthiques de cette étude ont été respectées.

### **2.9.1 Formulaire de consentement**

Un consentement éclairé et verbal a été obtenu avant la réalisation de l'enquête qui a commencé par un entretien individuel avec le sujet. Les populations d'étude ont été informées du déroulement de l'étude par des ONG travaillant en étroite collaboration avec les HSH. Les sujets ont été informés qu'un prélèvement de sang devrait être effectué par voie intraveineuse pour le diagnostic de l'infection à VIH. Il n'existait aucun risque lié à la participation à cette étude. Cependant, les HSH qui ont été diagnostiqués infectés par le VIH étaient orientés vers les centres de prise en charge afin de réaliser leur bilan d'éligibilité en vue d'une éventuelle mise sous traitement antirétroviral. Nous sommes certains que les informations qui ont été recueillies au cours de cette enquête ont permis d'améliorer les campagnes de prévention chez ces populations à risque ainsi que la prise en charge individuelle de ces patients.

### **2.9.2 Confidentialité et Protection de l'anonymat**

Le personnel chargé de l'enquête (coordonnateur et chef de projet et enquêteurs) veillait à ce que l'anonymat des personnes participants à cette enquête sérologique basé sur des tests anonymes soit respecté. Toutes les données de surveillance ont été stockées dans un endroit sécurisé. Chaque enquêté s'est vu attribuer un numéro d'identification. Pour maintenir l'anonymat, tous les échantillons de laboratoire, les fiches de collecte de données, les questionnaires administratifs ont été identifiés seulement par un numéro de code et un identifiant du centre. Ce dernier a permis de lier le questionnaire d'entretien et les résultats des tests biologiques. Les spécimens ont été détruits juste après l'étude. Il n'y avait aucun registre, qui contenait des noms ou d'autres marques personnelles. Toutes les bases de données ont été protégées d'accès par des mots de passe. La procédure suivante recommandée par l'OMS a été utilisée pendant cette étude pour la protection de l'anonymat des participants.

## **2.10 Traitement des données**

### **2.10.1 Saisie des données**

Les données ont été saisies dans une base de données Epidata et exportées dans STATA® version 9.0 pour l'analyse. Les données saisies dans Epidata ont été sauvegardées au moins une fois par jour sur au moins deux disques durs externes. Les erreurs de saisie de données étaient identifiées en comparant les données recueillies sur les questionnaires remplis dans la base de données. Un listing d'erreurs a été généré automatiquement afin d'améliorer la complétude des données.

### **2.10.2 Analyses des données**

Les résultats ont été présentés sous forme de proportion (par exemple, la prévalence du VIH) et avec leur intervalle de confiance à 95%. La prévalence du VIH est définie comme la proportion de sujets infectés par le VIH divisés par le nombre total de personnes prélevées. La comparaison des variables qualitatives s'est faite avec les tests de chi-2 ou le test exact de Fisher et la comparaison des moyennes ou médiane par les tests de Student ou d'analyse de variance ou des tests non paramétriques de Kruskal Wallis ou de Wilcoxon. Des analyses de régression logistique univariées et multivariées ont été réalisées pour étudier la relation entre la variable dépendante (infection à VIH) et les variables explicatives (âge, niveau scolaire, comportement à risque) afin d'étudier les déterminants de l'infection à VIH dans les trois groupes de population. Dans ce modèle, la variable centre ou région a été systématiquement introduite comme une variable forcée. Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA version 9.0.

### **2.10.3 Comité de pilotage: fonctions et responsabilités**

Pour cette enquête, un comité de pilotage a été mis en place par le commanditaire. Il a aidé à la mise en place du projet. Le Comité de pilotage se réunissait, dans la mesure du possible toutes les deux semaines pour évaluer l'état d'avancement, identifier les erreurs, les obstacles entravant la bonne marche et proposer des solutions appropriées.

Le Comité de pilotage était composé de:

- Didier Koumavi EKOUEVI, Médecin épidémiologiste
- Benjamine G. KARIYIARE, Biologiste, épidémiologiste
- Coordonnateur du SP/CNLS
- Un représentant de Population Service International
- Un représentant de l'équipe de suivi-évaluation du PNLIS
- Un représentant d'association travaillant avec les HSH
- Un représentant d'une association identitaire
- Un représentant du GNRSE
- Un représentant du SP/CNLS

#### **2.10.4 Formation et information du personnel exécutant de l'étude**

Les équipes ont été préalablement formées avant le déroulement de l'étude. Cette formation s'est déroulée sur une journée et a associé les ONG travaillant avec les HSH.

### **2.11 Assurance qualité**

#### **2.11.1 Coordination générale**

Le centre du Coordonnateur veillait à ce que tous les éléments figurant dans le protocole soient respectés. Pour garantir la qualité de l'enquête, les enquêteurs ont été toujours supervisés sur tous les lieux de l'enquête par le responsable de projet (Mr Goilibe KARIYIARE) qui vérifiait chaque soir la complétude des données et les données aberrantes. Tout a été mis en œuvre pour obtenir des données fiables en termes de formation et de contrôles des données (manuel et apurement des données).

#### **2.11.2 Recrutement et formation**

Le recrutement des enquêteurs a été fait par une sélection minutieuse et une évaluation quotidienne se faisait pendant toute la durée de l'enquête. Un accent particulier a été mis sur cet aspect pour garantir la qualité de l'étude.



### **2.11.3 Remplissage des fiches et contrôle des données**

Un nombre limité de fiches à remplir par enquêteur par jour avait été proposé dans les manuels de procédure après la phase de pré-enquête.

Une double saisie a été réalisée pour minimiser les erreurs de saisie par des opérateurs de saisie expérimentés et formés sur une période de trois jours.

### **2.11.4 Laboratoire**

Un contrôle qualité des tests biologiques a été réalisé comme décrit au paragraphe (3.3).

Les laboratoires retenus faisaient partie du réseau des laboratoires de référence et étaient capables de stocker les échantillons.

- Qualité des tests sérologiques utilisés

Le PNLS a fourni les mêmes tests, de mêmes qualités à tous les laboratoires sélectionnés. Les numéros de lot ont été consignés.

- Procédure des tests de dépistage

Elle était standard et comportait deux tests en série, un premier test puis un deuxième test de confirmation lorsque le premier test était positif. Le respect de l'ordre et des délais de lectures ont été bien précisés dans les manuels de formation des enquêteurs.

- Le contrôle pratique de la qualité des résultats

Pour s'assurer de la qualité des résultats des tests, on a vérifié la conformité des résultats sur 10% des prélèvements testés et choisis au hasard au cours de l'étude stratifiée sur chaque centre. Cela revenait à vérifier 10% des résultats de chaque laboratoire. C'était un contrôle inter laboratoire. Les tests discordants ont été envoyés au laboratoire de référence pour un troisième test (Elisa).

### 3. RÉSULTATS

#### 3.1 Population d'étude

Entre le 02 et le 20 mars 2015, 496 HSH ont été inclus dans cette étude, dépassant largement les 460 HSH attendus selon nos estimations. Le tableau 3 présente la répartition des HSH recrutés selon les villes enquêtées. Conformément aux prévisions, Lomé était la ville ayant le plus grand nombre de HSH.

**Tableau 3. Répartition des HSH enquêtés selon les villes au Togo en 2015**

	Nombre prévu	Nombre réalisé
Aného	20	33
Atakpamé	40	40
Dapaong	40	40
Kara	40	41
Kpalimé	40	40
Lomé	240	215
Sokodé	0	40
Tsévié	40	47
<b>Total</b>	<b>460</b>	<b>496</b>

#### 3.2 Caractéristique socio démographique des HSH

Parmi les 496 HSH enquêtés, l'âge médian était de 23 ans et l'étendue interquartile (EIQ) de [21-27 ans] comme l'indique le tableau 4. La population était composée en majorité de Togolais (97,4%), ayant au moins le niveau secondaire (89,7%), principalement chrétiens (69,2%), musulmans (12,7%) et animistes (10,1%). Près de la moitié des HSH (47,6%) était encore élèves ou étudiants, ceux qui travaillaient étaient artisans ou stylistes (6,9%), et les sans-emplois représentaient environ 1/10<sup>ème</sup> des HSH.

**Tableau 4. Caractéristiques sociodémographiques des HSH**

	<b>Total (N=496)</b>	<b>Lomé (N=215)</b>	<b>Autres Villes (N=281)</b>
<b>Age (ans)</b>			
Médiane, EIQ	<b>23 [21-27]</b>	22 [21-26]	23 [21-28]
<23 ans	<b>245 (49,4)</b>	119 (55,3)	126 (44,8)
<b>Nationalité, n (%)</b>			
Togolais	<b>483 (97,4)</b>	202 (94,0)	281 (100,0)
Autres nationalités	<b>13 (2,6)</b>	13 (6,0)	0( 0,0)
<b>Niveau d'instruction, n (%)</b>			
Analphabète	<b>15 (3,0)</b>	6 (2,8)	9 (3,2)
Primaire	<b>36 (7,3)</b>	14 (6,5)	22 (7,8)
Secondaire	<b>271 (54,6)</b>	132 (61,4)	139 (49,5)
Supérieur	<b>174 (35,1)</b>	63 (29,3)	111 (39,5)
<b>Religion, n (%)</b>			
Chrétien	<b>343 (69,2)</b>	168 (78,1)	175 (62,3)
Animiste	<b>50 (10,0)</b>	15 (7,0)	35 (12,5)
Non croyant	<b>35 (7,1)</b>	7 (3,3)	28 (10,0)
Musulman	<b>63 (12,7)</b>	20 (9,3)	43 (15,2)
Non précisé	<b>5 (1,0)</b>	5 (2,3)	0 (0,0)
<b>Activités Professionnelles n (%)</b>			
Elèves/Étudiants	<b>236 (47,6)</b>	105 (48,8)	131 (46,6)
Styliste/Artistes/Couturier/Électricien	<b>34 (6,9)</b>	20 (9,3)	14 (5,0)
Autres profession *	<b>68 (13,7)</b>	32 (14,9)	36 (12,8)
Sans emploi	<b>69 (13,9)</b>	25 (11,6)	44 (15,7)

\*Commerçant/Coiffeur/ Chauffeur/cuisinier

### 3.3 Vie sociale des HSH

La plupart des HSH (91,1%) étaient célibataires et environ 6,5% d'entre eux étaient mariés, divorcés ou vivaient en concubinage comme le montre le tableau 5. Les HSH enquêtés habitaient la plupart du temps seuls (66,7%), en famille (25,3%) ou en couple avec leur conjoint (4,8%). Seuls 73 HSH (14,7%) déclaraient être engagés dans une relation de couple, 63 (12,7%) avec un homme et 10 (2,0%) avec une femme. Près de la moitié des enquêtés (44,6%) appartenaient à des associations de

HSH et la plus part d'entre eux 34,3% avaient divulgué leurs orientations sexuelles à leurs proches.

**Tableau 5. Vie familiale et sociale des HSH**

	Total N (%)	Lomé N (%)	Autres Villes N (%)
<b>Situation matrimoniale, n(%)</b>			
Marié/ vit en concubinage	32 (6,5)	13 (6,0)	19 (6,8)
Célibataire	452 (91,1)	198 (92,1)	254 (90,4)
Divorcé et Veuf	7 (1,4)	3 (1,4)	4 (1,4)
Non précisé	5 (1,0)	1 (0,5)	4 (1,4)
<b>Relation de couple, n(%)</b>			
Non	413 (83,3)	171 (79,5)	242 (86,1)
Oui avec un homme	63 (12,7)	32 (14,9)	31 (11,0)
Oui avec une femme	10 (2,0)	4 (1,9)	6 (2,1)
Non précisé	10 (2,0)	8 (3,7)	2 (0,8)
<b>Habite avec la famille n(%)</b>			
Seul	331 (66,7)	141 (65,6)	190 (67,6)
En couple avec son conjoint	24 (4,8)	12 (5,6)	12 (4,3)
En famille	125 (25,3)	58 (27,0)	67 (23,8)
Autres	14 (2,8)	4 (1,8)	10 (3,6)
Non précisé	2 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,7)
<b>Association HSH n(%)</b>			
Oui	221 (44,6)	62 (28,8)	159 (56,6)
Non	258 (52,0)	138 (64,2)	120 (42,7)
Non précisé	17 (3,4)	15 (7,0)	2 (0,7)
<b>Proches connaissant que vous êtes HSH n(%)</b>			
Oui	170 (34,3)	69 (32,1)	101 (35,9)
Non	272 (54,8)	118 (54,9)	154 (54,8)
Non précisé	54 (10,9)	28 (13,0)	26 (9,3)
<b>Personnes connaissant que vous êtes HSH n(%)</b>			
Père	26 (5,2)	11 (5,1)	15 (5,3)
Mère	37 (7,5)	14 (6,5)	23 (8,2)
Epouse ou partenaires	27 (5,4)	12 (5,6)	15 (5,3)
Frères ou sœurs	108 (21,8)	31 (14,4)	77 (27,4)
Autres	39 (7,9)	25 (11,6)	14 (5,0)

Parmi les HSH enquêtés, environ une personne sur trois avait déclaré avoir divulgué son orientation sexuelle à ses frères ou sœurs (21,8%), un peu moins à son père (5,2%) et sa mère (7,5%) et moins de 6% avaient partagé cette information avec leur épouse ou partenaire (Tableau 5 et figure 3).

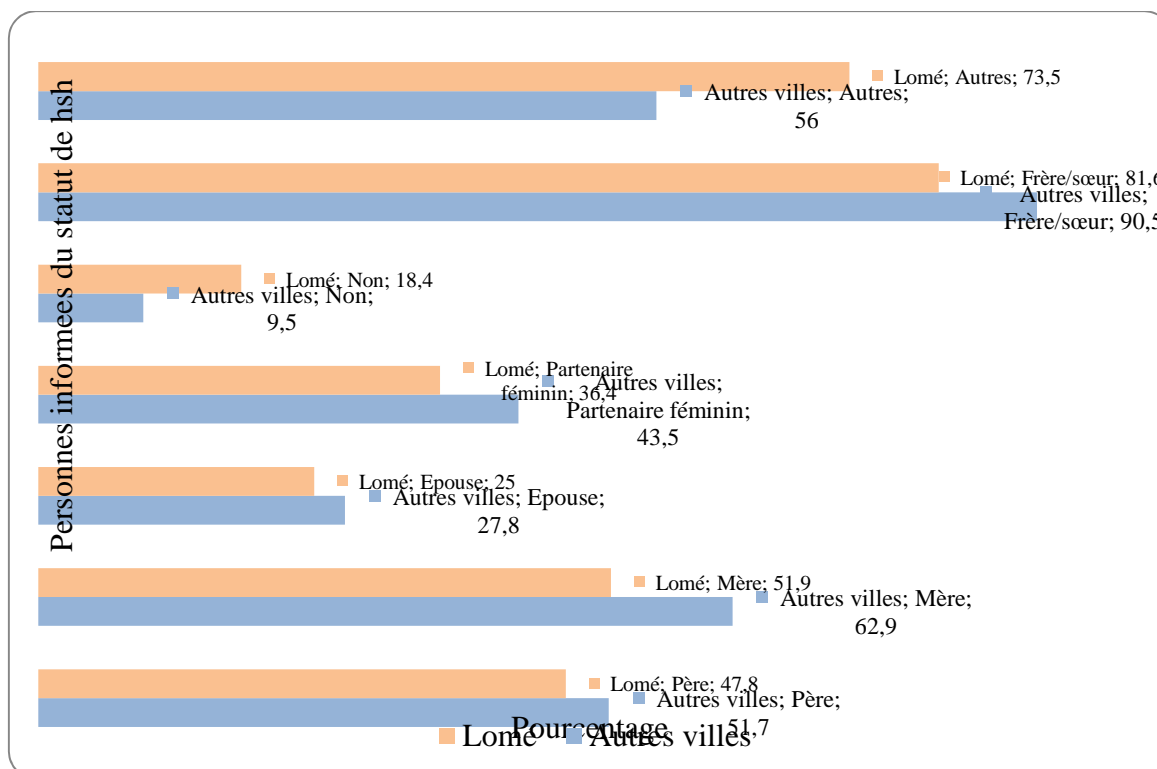


Figure 3. Divulgateion des orientations sexuelles des HSH dans leur entourage.

### 3.4 Description de la consommation d'alcool et de drogues

Le tableau 6 décrit la consommation d'alcool et de drogues chez les HSH. Plus de la moitié d'entre eux (55,4%) consommaient des boissons alcoolisées et environ 30% consommaient de l'alcool au moins trois fois par semaine. Cinquante-huit (11,7%) avaient déjà consommé du cannabis et environ 1% consommaient des drogues par voie intraveineuse.

**Tableau 6. Consommation d'alcool et de drogues chez les HSH au Togo en 2015**

	<b>Total N(%)</b>	<b>Lomé N(%)</b>	<b>Autres Villes N(%)</b>
<b>Boissons alcoolisées, n(%)</b>			
Oui	<b>275 (55,4)</b>	123 (57,2)	152 (54,1)
Non	<b>214 (43,1)</b>	88 (40,9)	126 (44,8)
Non précisé	<b>7 (1,5)</b>	4 (1,9)	3 (1,1)
<b>Fréquence de consommation les 7 derniers jours</b>			
0	<b>39 (7,9)</b>	31 (14,4)	8 (2,8)
1	<b>30 (6,0)</b>	18 (8,4)	12 (4,3)
2	<b>51 (10,3)</b>	25 (11,6)	26 (9,3)
>=3	<b>149 (30,0)</b>	46 (21,4)	103 (36,6)
Non précisé	<b>227 (45,8)</b>	95 (44,2)	132 (47,0)
<b>Consommation de Cannabis</b>			
Oui	<b>58 (11,7)</b>	27 (12,6)	31 (11,0)
Non	<b>300 (60,5)</b>	145 (67,4)	155 (55,2)
Non précisé	<b>138 (27,8)</b>	43 (20,0)	95 (33,8)
<b>Cannabis le mois passé</b>			
0	<b>34 (6,9)</b>	24 (11,2)	10 (3,6)
1	<b>10 (2,0)</b>	3 (1,4)	7 (2,5)
2	<b>10 (2,0)</b>	3 (1,4)	7 (2,5)
>=3	<b>28 (5,6)</b>	11 (5,1)	17 (6,0)
Non précisé	<b>414 (83,5)</b>	174 (80,9)	240 (85,4)
<b>Mode de consommation de drogues dures</b>			
Non	<b>360 (72,6)</b>	164 (76,3)	196 (69,8)
Voie intraveineuse	<b>6 (1,2)</b>	4 (1,9)	2 (0,7)
Inhalation	<b>8 (1,6)</b>	5 (2,3)	3 (1,1)
En sniffant	<b>1 (0,2)</b>	0 (0,0)	1 (0,4)
Les deux	<b>1 (0,2)</b>	0 (0,0)	1 (0,4)
Non précisé	<b>120 (24,2)</b>	42 (19,5)	78 (27,6)

### 3.5 Activités sexuelles des HSH

#### 3.5.1 Partenaires sexuels sur les 12 derniers mois

##### Genre, origine et âge des partenaires sexuels

Au cours des 12 derniers mois, 441 HSH (88,9%) avaient eu des rapports sexuels avec des hommes, le plus souvent avec des togolais (80%), comme le montre la figure 4. Près du quart des HSH (24,1%) avait également eu des rapports sexuels avec des femmes au cours des 12 derniers mois, principalement des femmes togolaises (57,7%). Les partenaires sexuels des HSH étaient le plus souvent jeunes, plus de 80% d'entre eux ayant moins de 35 ans. On note cependant que 1,4% d'entre eux avaient des rapports sexuels avec des jeunes mineurs comme le montre la figure 5.

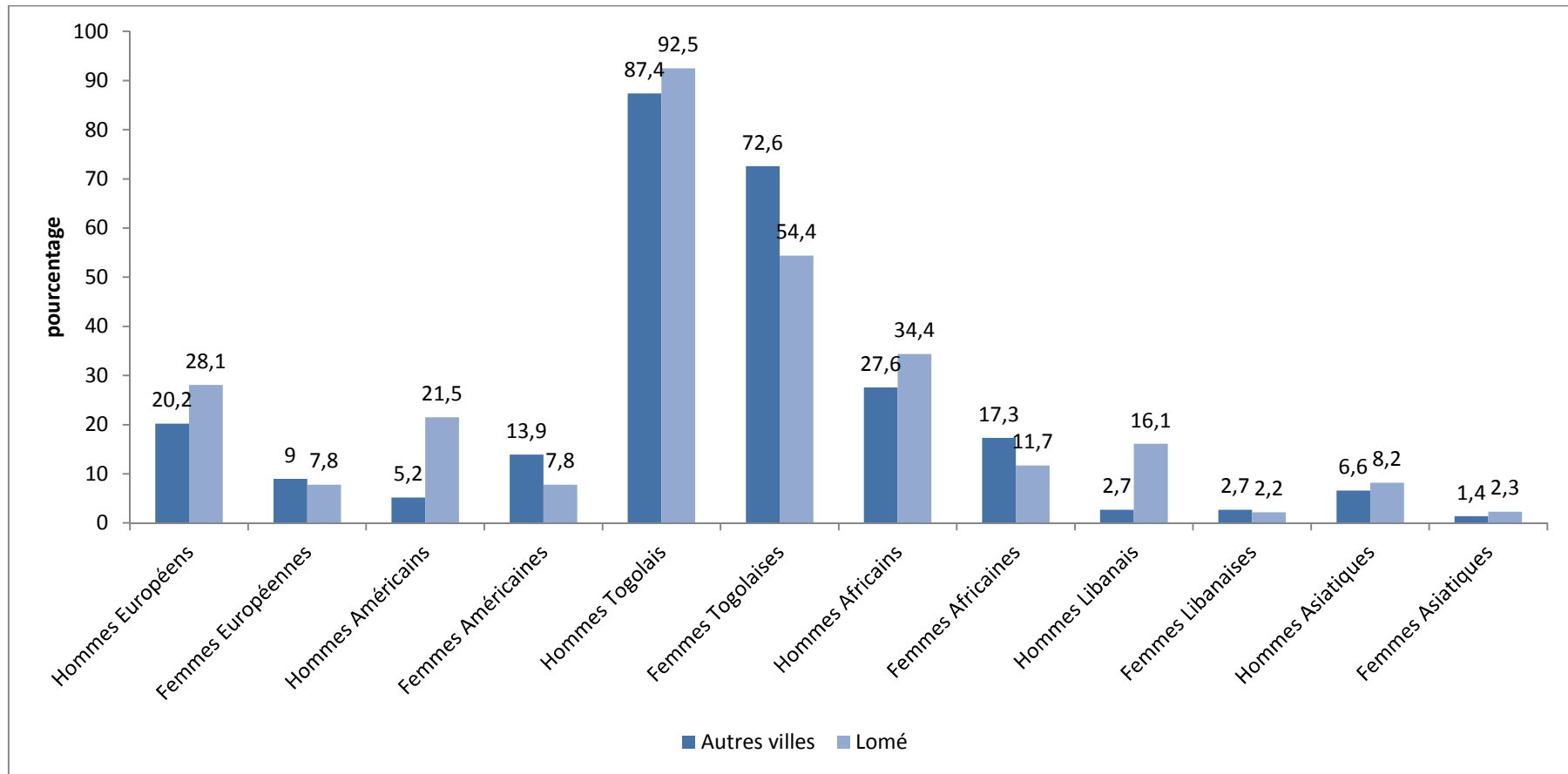


Figure 4. Genre et origine des partenaires sexuels des HSH au cours des 12 derniers mois au Togo en 2015

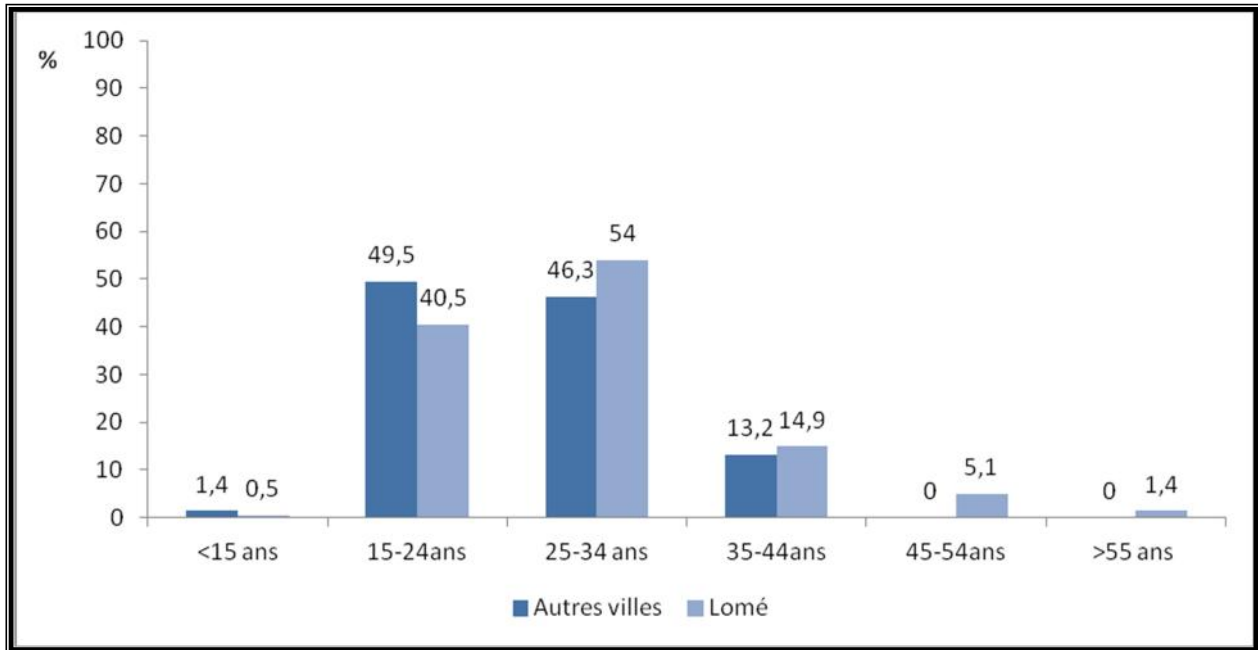


Figure 5. Age des partenaires sexuels des HSH au Togo en 2015

### 3.6 Pratiques sexuelles des HSH au cours du dernier mois

Le tableau 7 résume les principales pratiques sexuelles rapportées par les HSH du Togo, dominées par les rapports sexuels pénétrants et non-pénétrants. Pour les rapports sexuels pénétrants, les rapports anaux actifs (68,1%), étaient le type de rapport le plus fréquent au cours des 30 derniers jours, alors que les rapports anaux passifs n'étaient rapportés que par 37,2% des HSH. Les rapports non-pénétrants étaient largement dominés par la fellation (87,5%) alors que la masturbation et les rapports oraux-anaux n'étaient rapportés que dans moins de 15% des cas.



**Tableau 7. Pratiques sexuelles au cours du dernier mois chez les HSH au Togo en 2015**

	Autres villes		Lomé		Total	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
<b>Rapport anal actif</b>						
Oui	125	(70,6)	69	(63,9)	<b>194</b>	<b>(68,1)</b>
Non	52	(29,4)	39	(36,1)	<b>91</b>	<b>(31,9)</b>
<b>Rapport anal passif</b>						
Oui	39	(26,7)	44	(55,7)	<b>84</b>	<b>(37,2)</b>
Non	107	(73,3)	35	(44,3)	<b>142</b>	<b>(62,8)</b>
<b>Fellation (avoir sucé)</b>						
Oui	56	(30,3)	34	(45,3)	<b>77</b>	<b>(87,5)</b>
Non	129	(69,7)	41	(54,7)	<b>11</b>	<b>(12,5)</b>
<b>Fellation (se faire sucer)</b>						
Oui	85	(44,3)	33	(42,3)	<b>117</b>	<b>(43,5)</b>
Non	107	(55,7)	45	(57,7)	<b>152</b>	<b>(56,5)</b>
<b>Rapport oral-annal (avez-vous léché)</b>						
Oui	37	(17,4)	14	(13,1)	<b>50</b>	<b>(15,6)</b>
Non	176	(82,6)	93	(86,9)	<b>270</b>	<b>(84,4)</b>
<b>Rapport oral-annal (se faire léché)</b>						
Oui	27	(12,6)	19	(19,2)	<b>45</b>	<b>(14,3)</b>
Non	188	(87,4)	80	(80,8)	<b>269</b>	<b>(85,7)</b>
<b>Masturbation</b>						
Oui	58	(29,9)	30	(34,5)	<b>87</b>	<b>(31,1)</b>
Non	136	(70,1)	57	(65,5)	<b>193</b>	<b>(68,9)</b>
<b>Partouze</b>						
Oui	14	(10,1)	12	(14,6)	<b>26</b>	<b>(11,7)</b>
Non	125	(89,9)	70	(85,4)	<b>196</b>	<b>(88,3)</b>

### 3.7 Circonstance du dernier rapport sexuel chez les HSH

Un peu plus de la moitié des HSH (52,9%) avaient eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (Figure 6), le plus souvent rencontré chez des amis (39,7%) ou dans un lieu de rencontre fermé (22,7%) comme l'indique la figure 7.

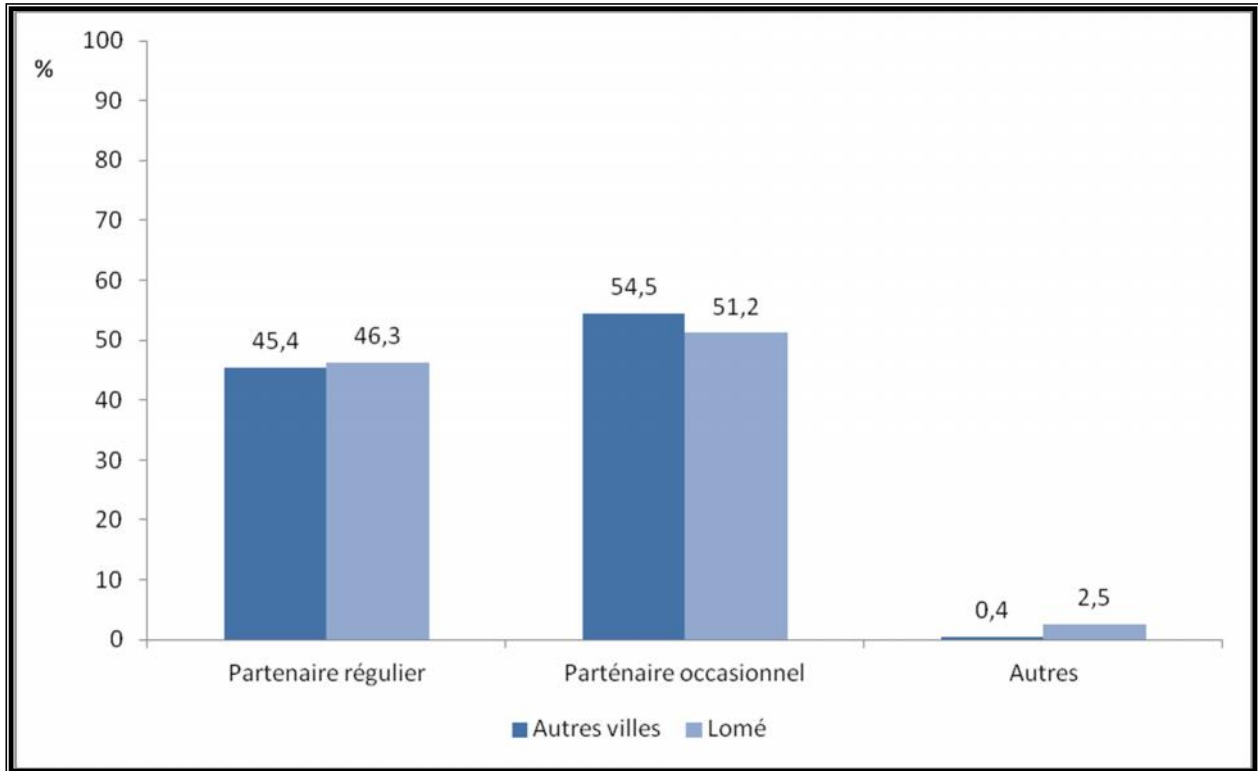
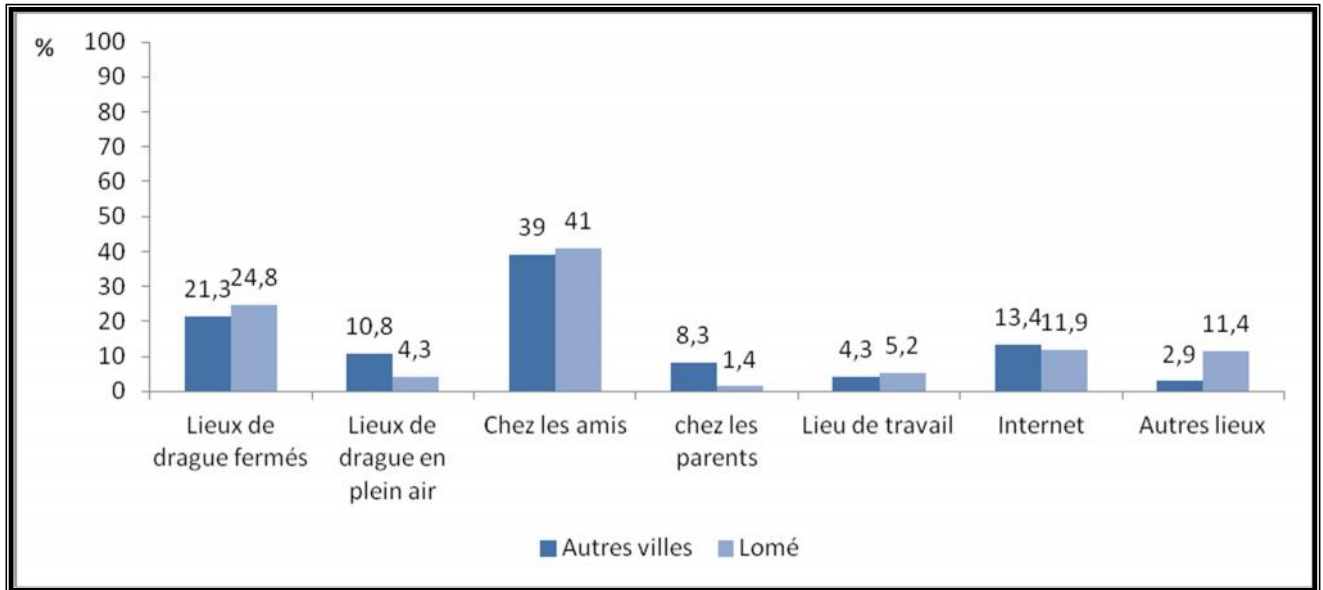
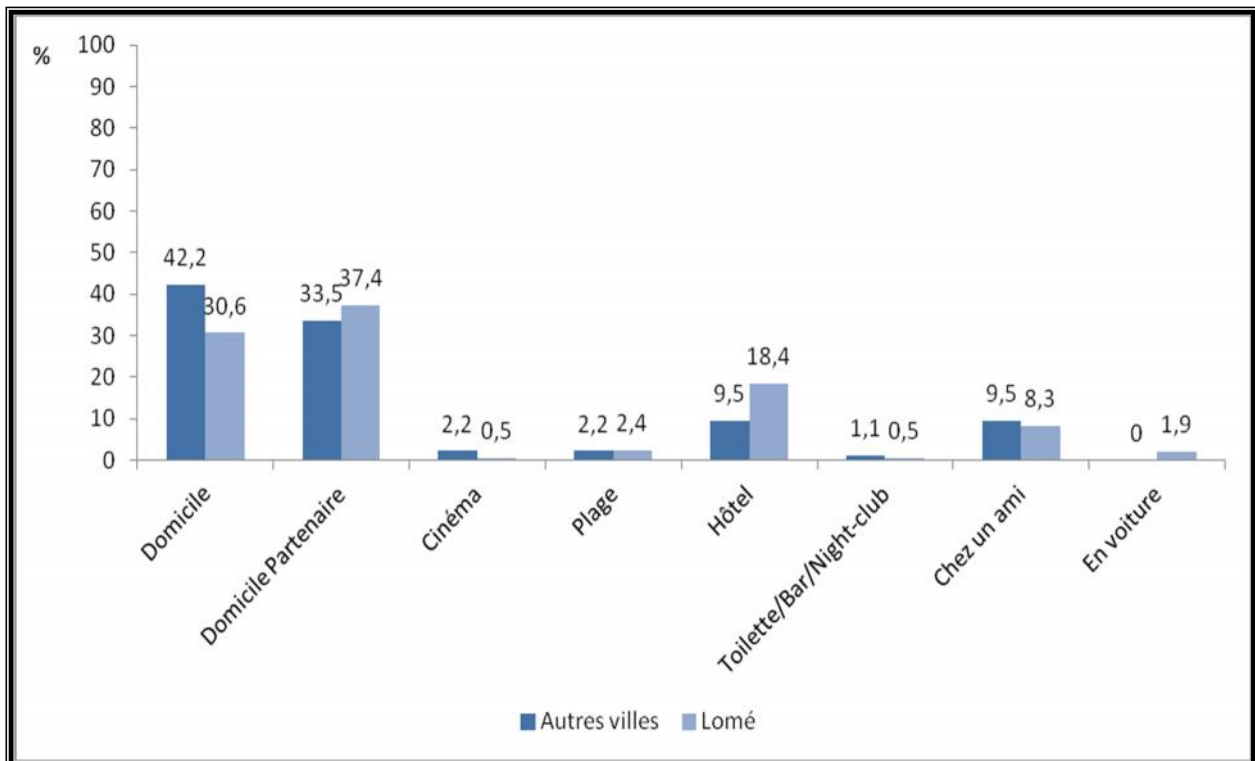


Figure 6. Type de partenaire lors du dernier rapport sexuel



**Figure 7. Lieu de rencontre du dernier partenaire sexuel chez les HSH du Togo en 2015**

Le dernier rapport sexuel avec un homme avait le plus souvent eu lieu au domicile de l'enquêté (36,9%) ou à celui du partenaire (35,6%). Moins de 15% des derniers rapports avaient eu lieu dans des hôtels comme l'indique la Figure 8.



**Figure 8. Lieu du rapport sexuel avec le dernier partenaire chez les HSH du Togo en 2015**

D'autre part, la majorité des derniers rapports sexuels avait fait l'objet d'une rémunération donnée (58,8%) ou reçue (12,7%) par l'enquêté.

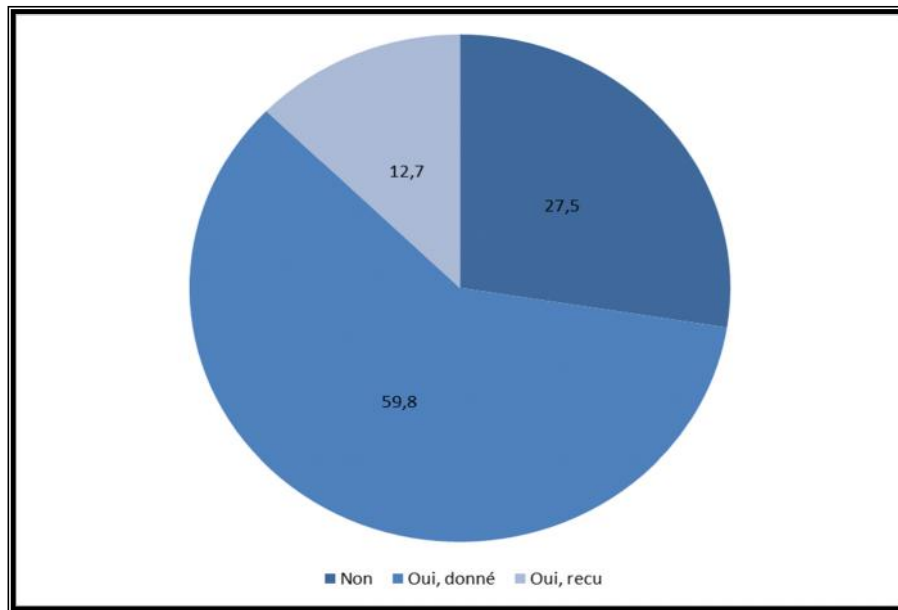


Figure 9. Rémunération du dernier rapport sexuel avec un homme chez les HSH du Togo en 2015

### 3.8 Connaissances et idées reçues sur le VIH/SIDA

#### 3.8.1 Idées reçues sur le VIH

Concernant l'évolution de la maladie, plus de 90% des HSH savaient qu'on ne peut pas guérir du VIH Sida, même pas avec des traitements traditionnels (91,1%). Toutefois, plus de la moitié d'entre eux (52,2%) savaient qu'il existe un traitement permettant de vivre longtemps en bonne santé. Plus généralement, les principales idées reçues sur le VIH étaient peu fréquentes chez les HSH qui savaient bien qu'on ne se contamine pas en mangeant (92,9%) ni en se saluant (90,3%) comme le montre le tableau 8. Cependant, plus de 25% des HSH n'identifiaient pas le préservatif comme moyen de prévention.

**Tableau 8. Connaissances et attitudes sur le VIH/SIDA**

	<b>Total N (%)</b>	<b>Lomé n (%)</b>	<b>Autres villes n (%)</b>
<b>Existence d'un traitement du VIH/SIDA, n(%)</b>			
Non	<b>222 (44,8)</b>	81 (37,7)	141 (50,2)
Oui	<b>274 (55,2)</b>	134 (62,3)	140 (49,8)
<b>Possibilité de guérir du VIH/SIDA, n(%)</b>			
Non	<b>449 (90,5)</b>	187 (87)	262 (93,2)
Oui	<b>47 (9,5)</b>	28 (13)	19 (6,8)
<b>Possibilité de guérir du VIH par traitement traditionnel, n(%)</b>			
Non	<b>452 (91,1)</b>	184 (85,6)	268 (95,4)
Oui	<b>44 (8,9)</b>	31 (14,4)	13 (4,6)
<b>Existence de centre d'écoute et de conseil, n(%)</b>			
Non	<b>194 (39,1)</b>	62 (28,8)	132 (47,0)
Oui	<b>302 (60,9)</b>	153 (71,2)	149 (53,0)
<b>Connaissance d'une personne infectée par le VIH, n (%)</b>			
Non	<b>446 (89,9)</b>	193 (89,8)	253 (90)
Oui	<b>50 (10,1)</b>	22 (10,2)	28 (10)
<b>Contamination en mangeant avec une PVVIH, n(%)</b>			
Non	<b>461 (92,9)</b>	199 (92,6)	262 (93,2)
Oui	<b>35 (7,1)</b>	16 (7,4)	19 (6,8)
<b>Contamination en saluant, embrassant une PVVIH n(%)</b>			
Non	<b>448 (90,3)</b>	192 (89,3)	256 (91,1)
Oui	<b>48 (9,7)</b>	23 (10,7)	25 (8,9)
<b>Préservatif comme moyen de protection du VIH n(%)</b>			
Non	<b>124 (25,5)</b>	40 (19)	84 (30,4)
Oui	<b>362 (74,5)</b>	170 (81)	192 (69,6)

### 3.8.2 Connaissance des moyens de transmission

Les voies de transmission du VIH étaient également bien connues des HSH, puisque plus de 90% d'entre eux identifiaient la voie sanguine (91,3%), la voie sexuelle (89,1%) et la transmission mère à l'enfant (79,2%) comme le montre la figure 10.

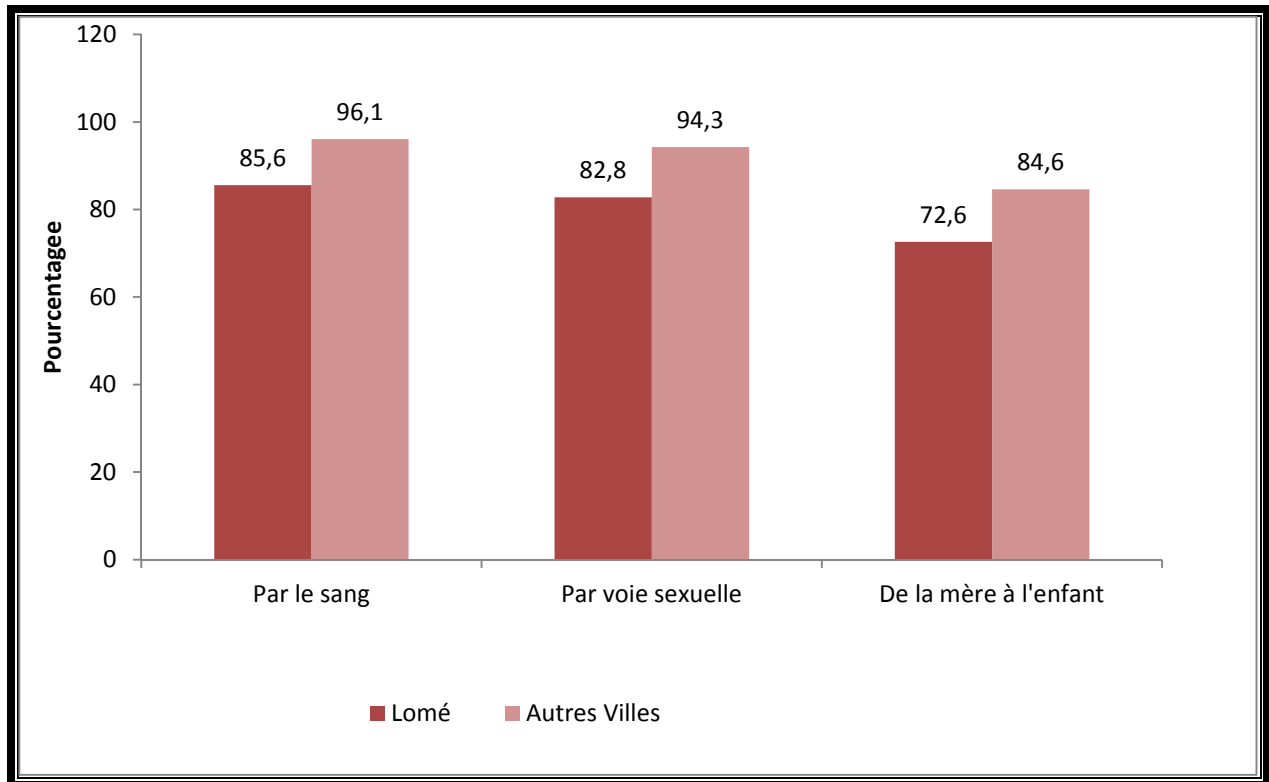


Figure 10. Connaissances des moyens de prévention du VIH

### 3.8.3 Connaissance approfondie sur le VIH/Sida

Les connaissances approfondies sur l'infection à VIH ont été estimées à partir de la réponse à quatre questions. Un score de 4/4 permettait de considérer qu'un sujet HSH avait une connaissance approfondie sur l'infection à VIH/SIDA. Seulement 43 (8,7%) HSH avaient une connaissance approfondie de l'infection à VIH. Le tableau 9 montre qu'il n'y a pas de différence de la connaissance approfondie sur le VIH en fonction de l'âge, de la ville, du niveau d'étude, de la participation à une association HSH et en fonction de la participation ou non à une activité de sensibilisation des HSH.

**Tableau 9. Connaissances approfondies sur le VIH/SIDA**

	Oui N (%)	Non N (%)	P
<b>Age</b>			
<20 ans	12(13,5)	77(86,5)	0,120
20-24ans	21(9,4)	202(90,6)	
25-29ans	5(4,2)	114(95,8)	
>= 30 ans	5(7,7)	60(92,3)	
<b>Ville</b>			
Autres villes	21(7,5)	260(92,5)	0,279
Lomé	22(10,2)	193(89,8)	
<b>Niveau d'étude</b>			
Primaire	6(11,8)	45(88,2)	0,493
Secondaire	25(9,2)	246(90,8)	
Supérieur	12(6,9)	162(93,1)	
<b>Association HSH</b>			
Non	23(8,3)	253(91,7)	0,776
Oui	20(9,1)	200(90,9)	
<b>Participations aux activités de sensibilisation aux HSH</b>			
Non	19(8,7)	200(91,3)	0,996
Oui	24(8,7)	253(91,3)	

### 3.9 Utilisation du préservatif chez les HSH

L'utilisation régulière du préservatif (souvent et systématiquement) était fonction des pratiques sexuelles. Au cours des 30 derniers jours, 68,5% des HSH avaient régulièrement utilisé un préservatif au cours des rapports anaux actifs et 71,9% l'avaient utilisé au cours des rapports anaux passifs. Le préservatif était peu utilisé pour les rapports non-pénétrants, entre 28 et 36% lors des fellations et entre 28 et 57% lors des rapports oraux-anaux comme le décrit le tableau 10.

**Tableau 10. Utilisation du préservatif selon les pratiques sexuelles avec un homme lors des 30 derniers jours**

	<b>Total (n=341)</b>	<b>Lomé (n=198)</b>	<b>Autres villes (n=141)</b>
	N (%)	n (%)	n (%)
<b>Rapport anal actif (n=130)</b>			
Régulier	89(68,5)	34(82,9)	55(49,5)
Occasionnellement	15(11,5)	3(7,3)	12(13,5)
Jamais	26(20,0)	4(9,8)	22(24,7)
<b>Rapport anal passif (n=57)</b>			
Régulier	41(71,9)	22(84,6)	19(61,3)
Occasionnellement	3(5,3)	1(3,8)	2(6,4)
Jamais	13(22,8)	3(11,5)	10(32,3)
<b>Fellation (avoir sucé) (n=57)</b>			
Régulier	16(28,0)	7(31,8)	9(25,7)
Occasionnellement	4(7,0)	0(0,0)	4(11,4)
Jamais	37(64,9)	15(68,2)	22(62,9)
<b>Fellation (se faire sucer) (n=77)</b>			
Régulier	27(35,1)	7(35,0)	20(35)
Occasionnellement	5(6,5)	0(0,0)	5(8,8)
Jamais	45(58,44)	13(65,0)	32(56,1)
<b>Annulingus (avoir léché) (n=19)</b>			
Régulier	11(57,9)	4(66,6)	7(53,8)
Occasionnellement	0(0,0)	0(0,0)	0(0)
Jamais	8(42,1)	2(33,3)	6(46,2)
<b>Annulingus (se faire lécher) (n=32)</b>			
Régulier	9(28,1)	6(46,2)	3(15,8)
Occasionnellement	2(6,3)	0(0,0)	3(10,5)
Jamais	21(65,6)	7(53,8)	14(73,7)
<b>Partouze (n=14)</b>			
Régulier	13(92,9)	8(88,9)	5(100)
Occasionnellement	0(0,0)	0(0,0)	0(0)
Jamais	1(7,1)	1(11,1)	0(0)

### 3.10 Prévalence du VIH

Parmi les 491 HSH ayant accepté de faire le test, 64 ont été dépistés infectés par le VIH, soit une prévalence nationale en 2015 de 13,0%, intervalle de confiance à 95% [10,1 - 16,3%].



### 3.10.1 Prévalence du VIH dans les différentes villes de l'étude

La prévalence du VIH était plus élevée dans les villes du Sud du Togo, notamment Lomé (22,3%), Aného (24,1%) et Tsévié (10,6%) comme l'indique la figure 11. Elle était de 0,0% dans trois villes Atakpamé, Kara et Sokodé et les différences de prévalence entre les villes d'étude étaient statistiquement significatives (p value <0,001).

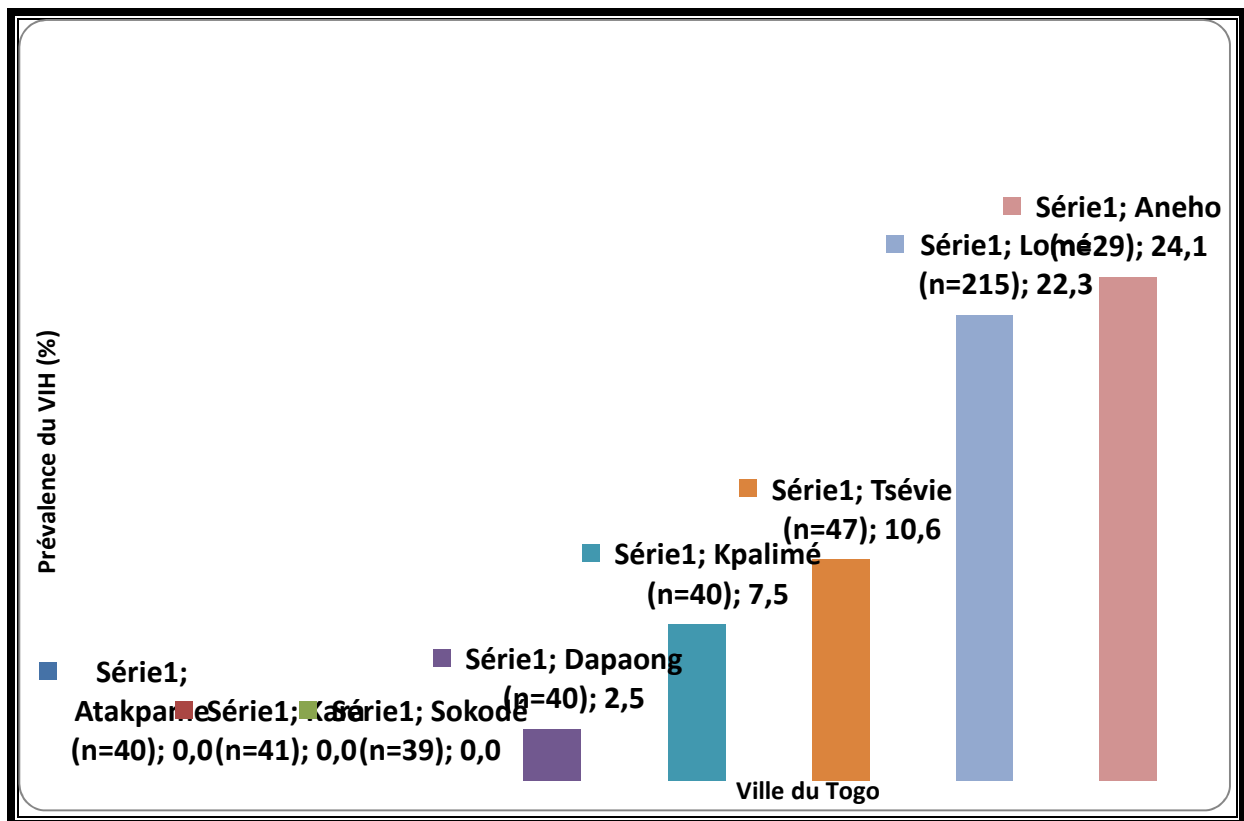


Figure 11. Prévalence de l'infection à VIH selon les villes du Togo

### 3.10.2 Prévalence du VIH à Lomé et dans les autres villes du Togo

Lorsqu'on compare le grand centre urbain de Lomé aux autres villes du Togo confondues, on retrouve une différence statistiquement significative ( $p$  value  $<0,001$ ), avec 22,3% à Lomé et 5,7 % dans toutes les autres villes comme indiqué sur la figure 12.

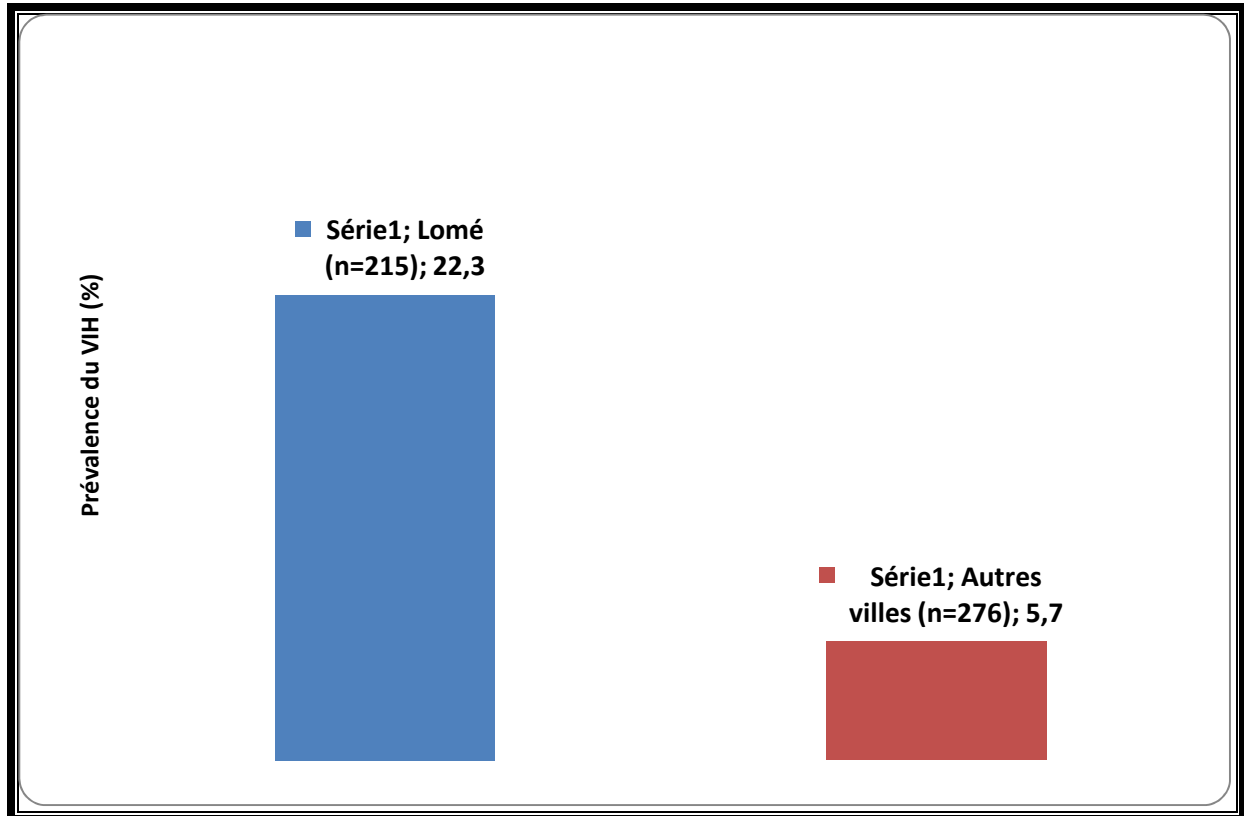


Figure 12. Prévalence de l'infection à VIH à Lomé et dans les autres villes du Togo

### 3.10.3 Prévalence du VIH selon la tranche d'âge des HSH

Parmi les HSH du Togo, la prévalence du VIH croissait selon l'âge, allant de 9% chez les moins de 20 ans à 23,4% chez les 30 ans et plus ( $p=0,002$ ) comme l'indique la figure 13.

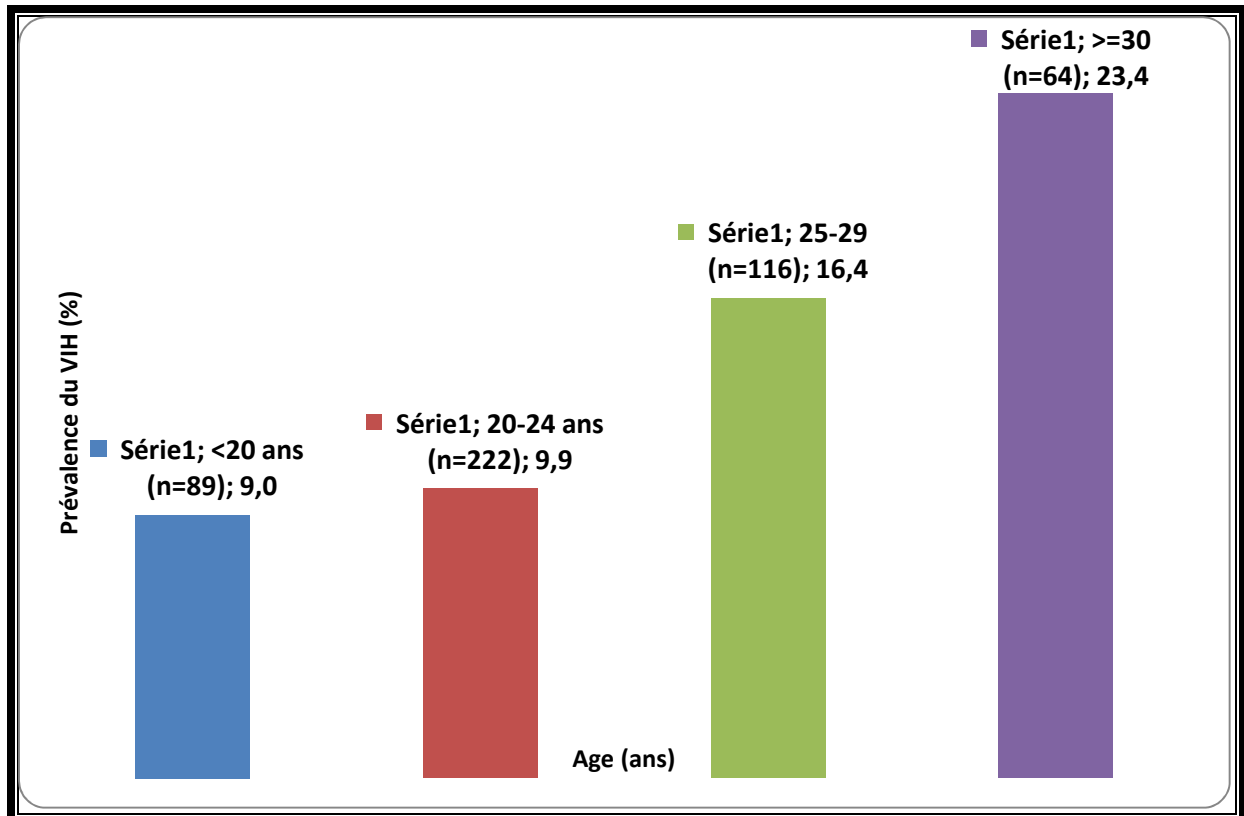


Figure 13. Prévalence de l'infection à VIH par tranches d'âge

### 3.10.4 Prévalence du VIH selon la nationalité des enquêtés

La prévalence du VIH ne variait pas significativement selon la nationalité des HSH ( $p=0,7$ ).

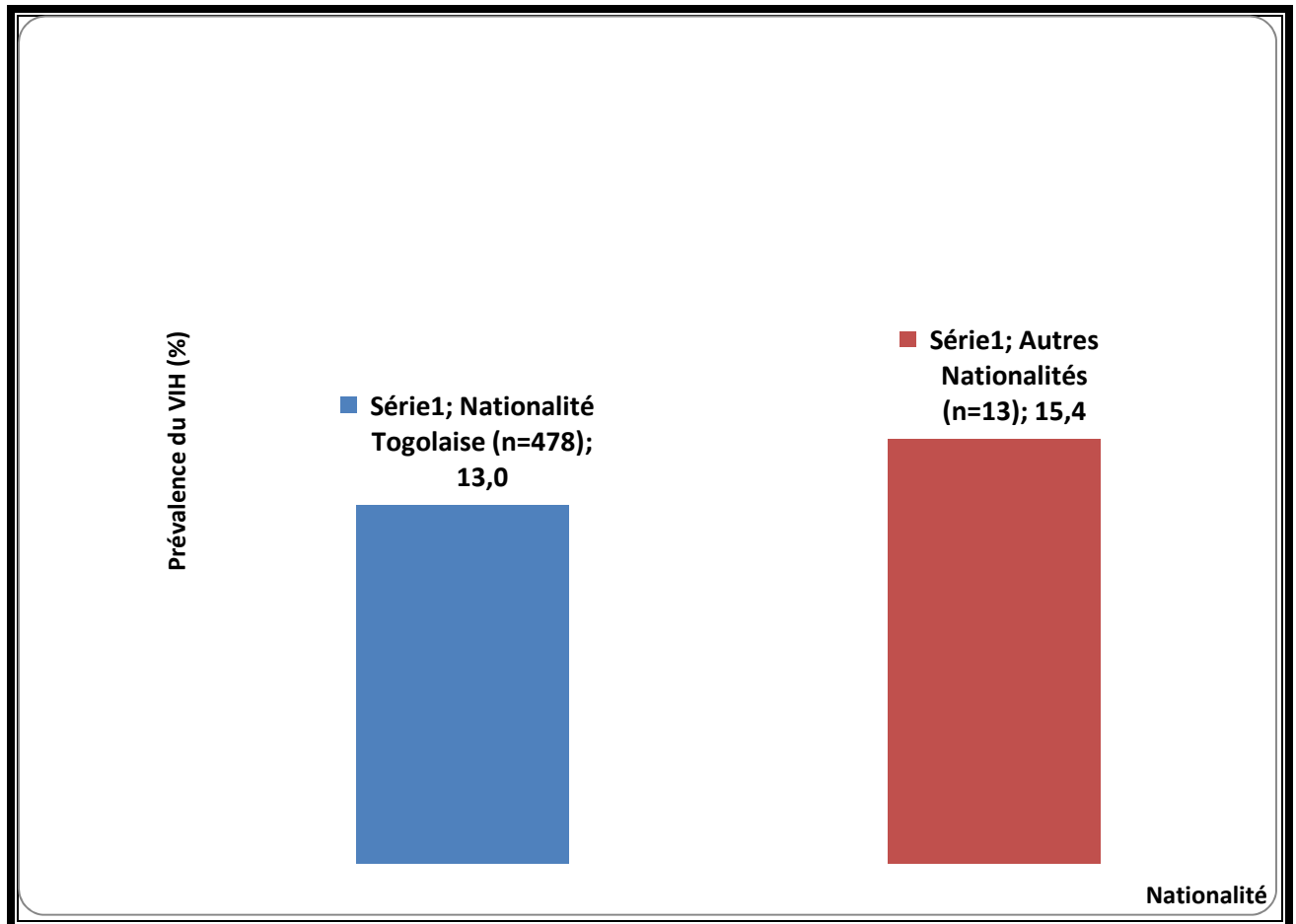


Figure 14. Prévalence de l'infection à VIH selon la nationalité

### 3.10.5 Prévalence du VIH selon le statut matrimonial

La prévalence du VIH ne différait pas significativement entre les HSH célibataires et ceux qui étaient mariés ou en couple ( $p=0,415$ ).

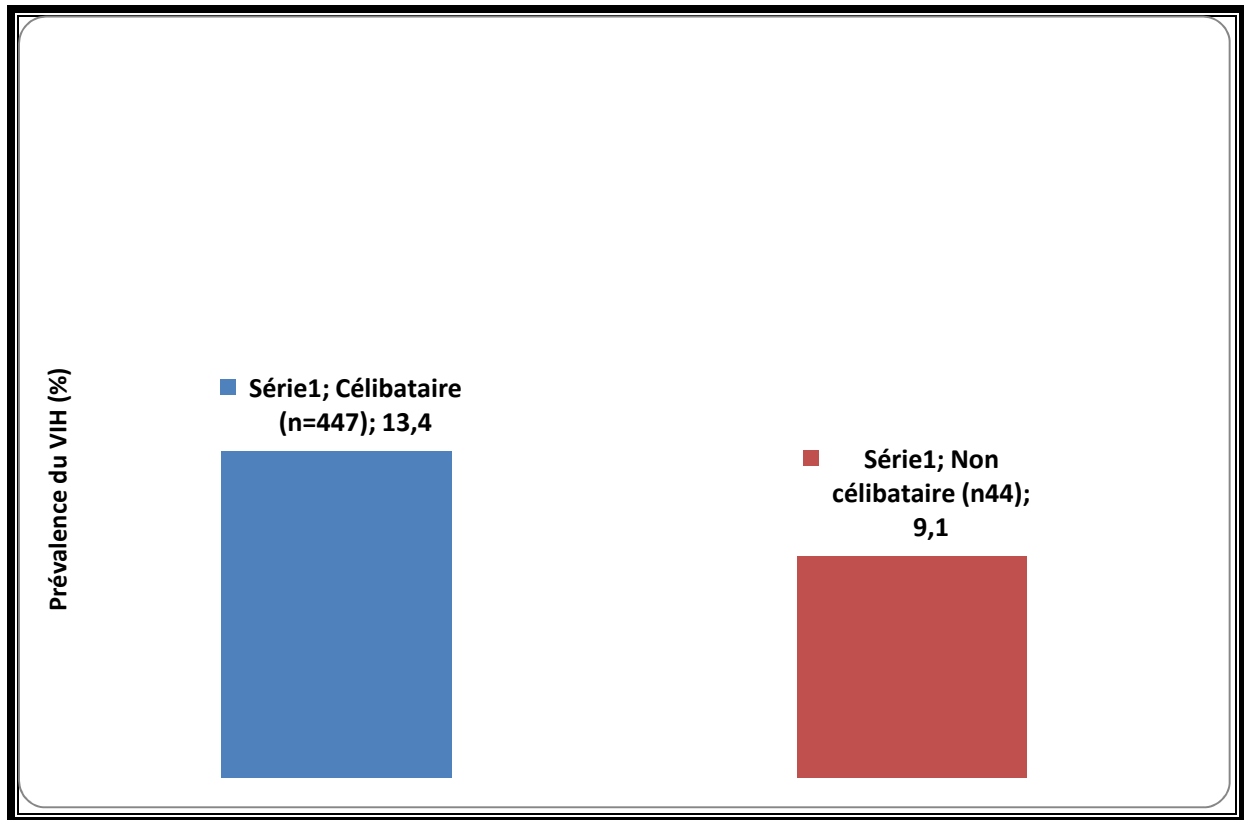


Figure 15. Prévalence de l'infection à VIH selon le statut matrimonial

### 3.10.6 Prévalence du VIH selon le niveau d'étude

Le niveau d'éducation des HSH n'influçait pas significativement la prévalence, qui oscillait entre 10% et 13% ( $p=0,88$ ).

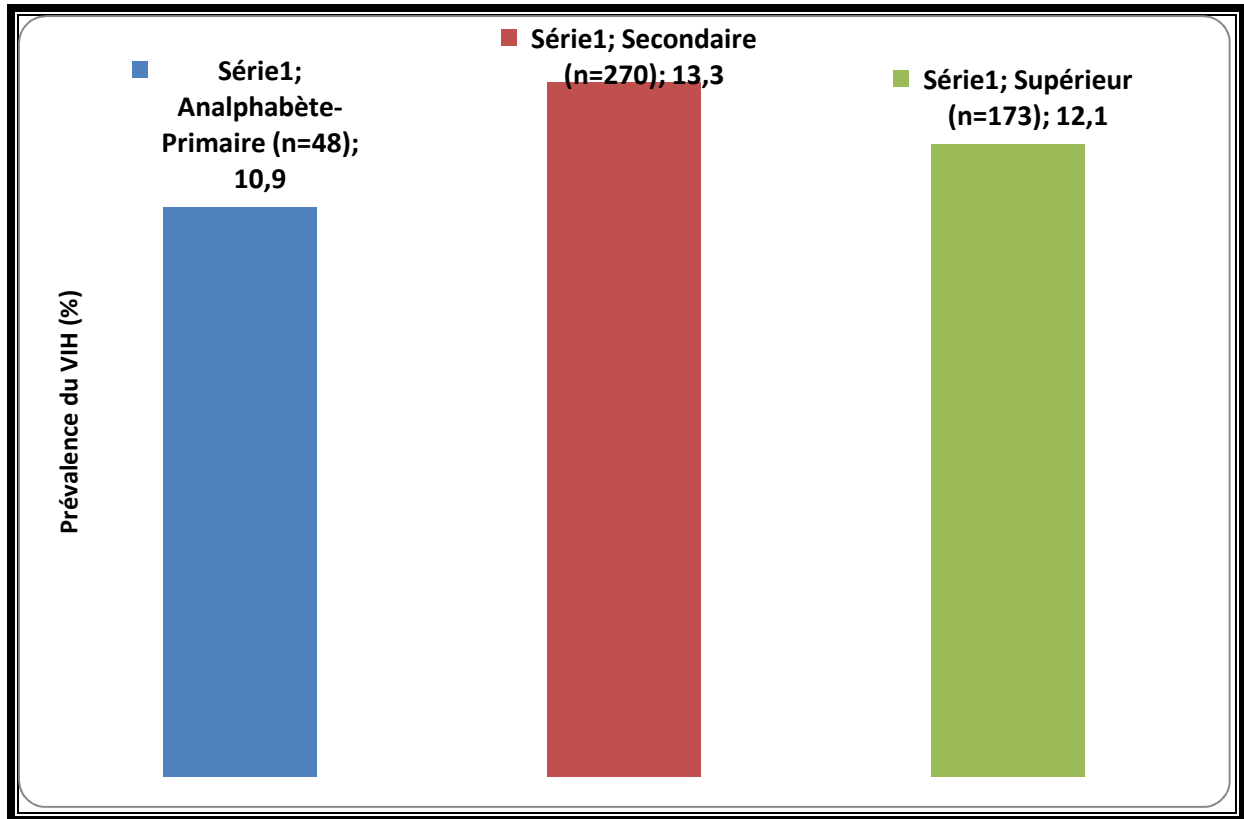


Figure 16. . Prévalence de l'infection à VIH selon le niveau d'étude

### 3.10.7 Prévalence du VIH selon la vie de couple

Les HSH vivant seuls avaient une prévalence du VIH proche de celle des HSH vivant en couple avec un homme ( $p=0,554$ ). Toutefois, la prévalence du VIH était nulle chez les HSH vivant en couple avec une femme, sans que cela soit statistiquement significatif.

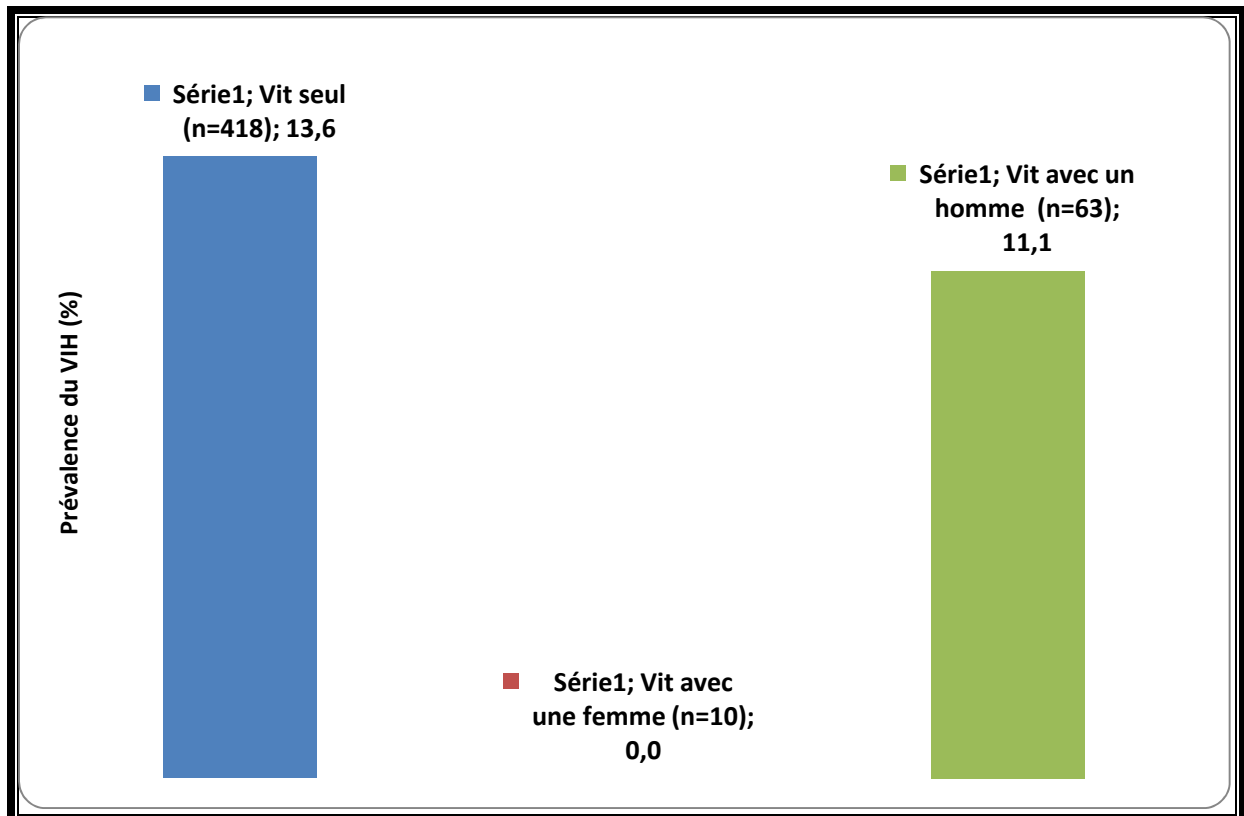


Figure 17. Prévalence de l'infection à VIH selon la vie de couple

### 3.10.8 Prévalence du VIH selon le fait d'avoir déjà effectué un voyage l'étranger

La prévalence du VIH ne variait pas significativement entre les HSH qui avaient déjà effectué un voyage à l'étranger et ceux qui n'avaient jamais quitté le Togo ( $p=0,938$ ).

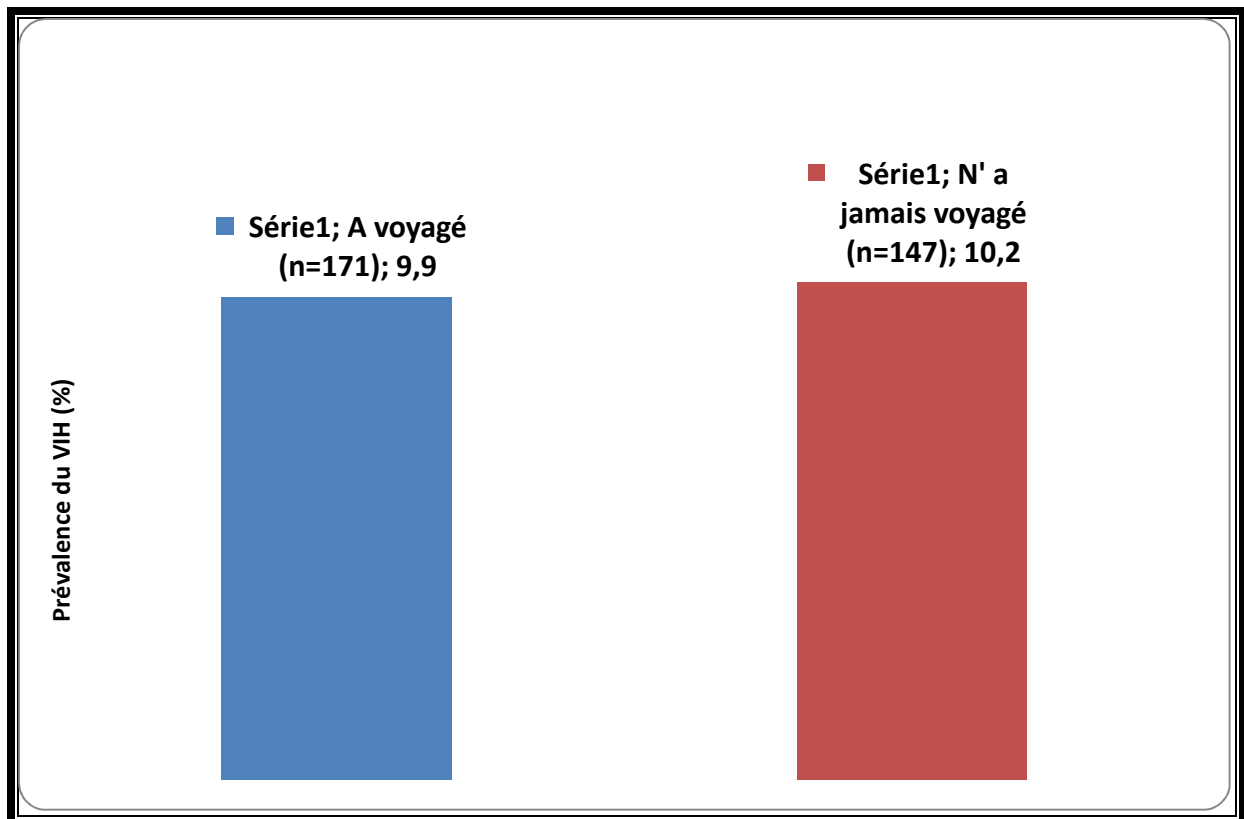


Figure 18. Prévalence de l'infection à VIH selon le fait d'avoir voyagé

### 3.10.9 Prévalence du VIH selon la participation à une association de VIH

La prévalence du VIH n'était pas significativement différente entre les hommes adhérant à une association de HSH et ceux qui n'y adhéraient pas. Elle était de 11,3% chez HSH, membre d'une association et de 14,2% chez les HSH n'appartenant à aucune association d'HSH ( $p=0,344$ ).



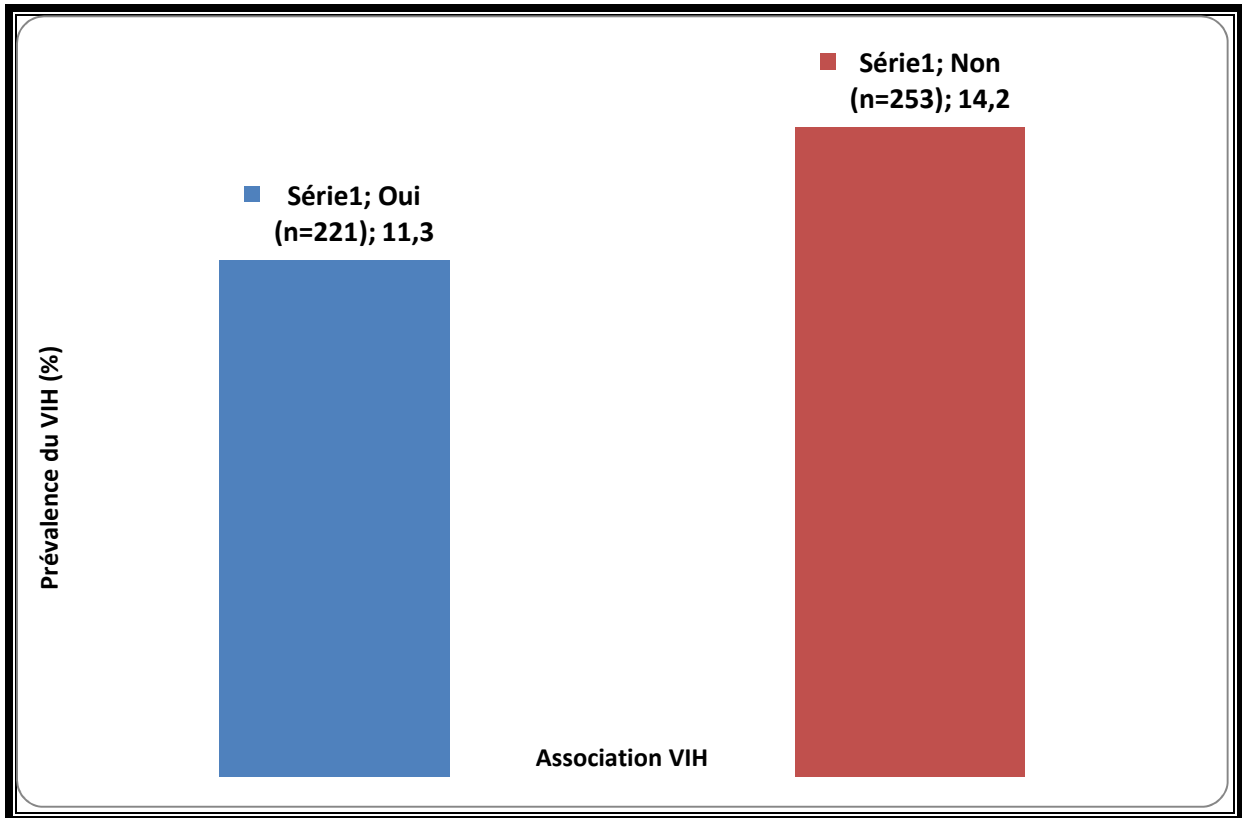


Figure 19. Prévalence de l'infection à VIH selon l'appartenance à une association de HSH

### 3.10.10 Prévalence du VIH selon les antécédents de dépistage du VIH

La prévalence du VIH était beaucoup plus élevée chez les HSH ayant déjà fait au moins un test de dépistage du VIH (15,5%) que chez ceux qui n'avaient encore jamais été dépistés (6,0%) comme le montre la figure 20 ( $p < 0,01$ ).

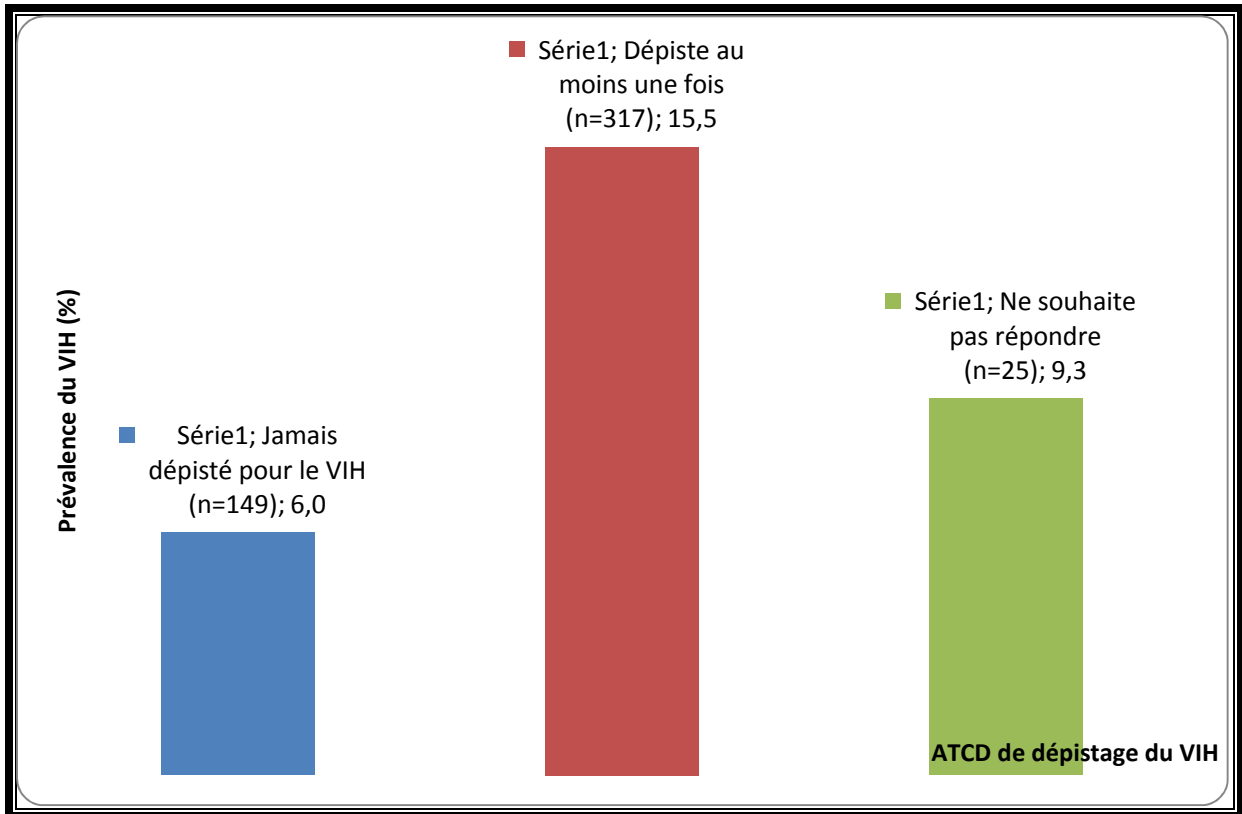


Figure 20. Prévalence de l'infection à VIH en fonction des antécédents de dépistage du VIH

### 3.11 Facteurs associés à l'infection à VIH

#### 3.11.1 Analyse univariée

En analyse univariée, l'âge élevé surtout >30 ans (OR=3,1 ; IC95% [1,22-7,84] ; p=0,02), le fait de résider à Lomé (OR=4,6 ; IC95% [2,57-8,49]; p<0,01) et le fait d'avoir déjà été dépisté pour le VIH (OR=2,8 ; IC95% [1,38-5,95]; p<0,01) étaient significativement associés au fait d'être infecté par le VIH comme le montre le tableau 11.

**Tableau 11. Facteurs associés à l'infection à VIH. Analyse uni variée (N=491)**

	n/N	Odds Ratio	IC à 95%	P value
<b>Age</b>				<b>0,021</b>
<20 ans	8/89	1		
20-25 ans	22/222	1,11	[0,47-2,60]	0,804
25-29 ans	19/116	1,98	[0,82-4,76]	0,126
>=30 ans	15/64	3,09	[1,22-7,84]	0,016
<b>Membre d'une association HSH</b>				<b>0,547</b>
Oui	36/253	1		
Non	25/221	0,78	[0,44-1,32]	0,345
Données manquantes	3/17	1,29	[0,35-4,71]	0,699
<b>Ville de l'étude</b>				<b>&lt;0,001</b>
Autres villes	16/276			
Lomé	48/215	4,67	[2,57-8,49]	<0,0001
<b>Niveau d'instruction</b>				<b>0,885</b>
Analphabète et Primaire	7/48	1		
Secondaire	36/270	0,90	[0,38-2,16]	0,816
Supérieur	21/173	0,80	[0,32-2,03]	0,653
<b>Statut matrimonial</b>				<b>0,419</b>
Marie-Divorcé-veuf, vit en concubinage	4/44	1		
Célibataire	60/447	1,55	[0,53-4,48]	<b>0,419</b>
<b>Vit en couple</b>				<b>0,583</b>
Vit seul	57/418	1		
Vit avec un homme	7/63	0,79	[0,34-1,82]	0,583
Vit avec une femme	0/10	-	-	-
<b>Nationalité</b>				<b>0,799</b>
Togolaise	62/478	1		
Etranger	2/13	1,21	[0,26-5,64]	0,799
<b>Voyage</b>				<b>0,033</b>
N'a jamais voyagé	17/154	1		
A déjà voyagé à l'étranger	15/147	0,97	[0,46-2,02]	0,938
Non précisé	32/173	1,99	[1,03-3,85]	0,039
<b>ATCD de dépistage</b>				<b>0,0031</b>

N'a jamais été dépisté	9/149	1		
Dépisté pour le VIH	49/317	2,84	[1,38-5,95]	0,006
Non précisé	6/25	4,91	[1,57-15,34]	0,006

### 3.11.2 Analyse multivariée

Après ajustement sur les antécédents de dépistage, l'âge des HSH et leur lieu de résidence :

- le fait d'avoir plus de 30 ans (OR=2,7 ; IC95% [1,2-5,7]; p=0,02),
- d'avoir déjà été dépisté pour le VIH (OR=2,7 ; IC95% [1,2-5,7]; p=0,02)
- et de résider à Lomé (OR=2,7 ; IC95% [1,2-5,7]; p=0,02) étaient associés à un risque 2 à 5 fois plus élevé d'être infectés par le VIH parmi les HSH du Togo.

**Tableau 12. Facteurs associés à l'infection à VIH. Analyse multivariée (N=491)**

	n/N	Modèle initial			Modèle final		
		Odds Ratio	IC à 95%	P value	Odds Ratio	IC à 95%	P value
<b>Age</b>							
<20 ans	8/89	1			1		
20-25 ans	22/222	1,10	[0,44-2,72]	0,836	1,08	[0,43-2,69]	0,856
25-29 ans	19/116	2,30	[0,88-6,00]	0,088	2,22	[0,85-5,79]	0,101
>=30 ans	15/64	5,30	[1,85-15,1]	0,002	5,05	[1,77-14,38]	0,002
<b>Ville de l'étude</b>							
Autres villes	16/276						
Lomé	48/215	5,56	[2,90-10,64]	<0,0001	5,93	[3,13-11,25]	<0,0001
<b>Voyage</b>							
N'a jamais voyagé	17/154	1			-	-	-
A déjà voyagé à l'étranger	15/147	0,72	[0,32-1,60]	0,425	-	-	-
Non précisé	32/173	1,09	[0,52-2,28]	0,810	-	-	-
<b>ATCD de dépistage</b>							
N'a jamais été dépisté	9/149	1			1		
Dépisté pour le VIH	49/317	2,63	[1,18-5,87]	0,018	2,67	[1,24-5,77]	0,012
Non précisé	6/25	4,40	[1,35-15,34]	0,014	4,29	[1,32-13,89]	0,015

### 3.12 Réalisation du test de dépistage du VIH

#### 3.12.1 Accès au dépistage du VIH

La grande majorité des HSH connaissait un lieu de réalisation du test de dépistage du VIH (90,3%), mais seuls 322 d'entre eux (66,3%) avaient déjà réalisé un test de dépistage. Parmi ceux-ci, 270 (83,9%) étaient revenus pour le conseil post test pour le rendu des résultats (Tableau 13). Par ailleurs, 254 HSH (50,9%) connaissaient le statut sérologique de leur partenaire, principalement ceux de Lomé commune ( $p < 0,001$ ).

**Tableau 13. Accès et réalisation au test de dépistage du VIH chez les HSH**

	<b>Total</b>	Lomé	Autres villes	P values
	<b>N (%)</b>	n (%)	n (%)	
Connaissance d'un lieu de dépistage du VIH	<b>447 (90,3)</b>	189 (87,9)	255 (90,8)	0,341
Réalisation antérieure d'un test de dépistage du VIH	<b>322 (66,3)</b>	132 (61,4)	187 (66,5)	0,176
Accès au conseil post test (rendu des résultats)	<b>270 (83,9)</b>	112 (84,8)	155 (83,8)	0,524
Connaissance du statut sérologique du partenaire	<b>254 (50,9)</b>	163 (59,1)	89 (43,0)	<0,001

### 3.12.2 Circonstance de réalisation du test de dépistage VIH

Parmi les 322 HSH ayant déjà réalisé un test de dépistage du VIH, 29,7% l'avaient fait lors des campagnes de dépistage anonyme et gratuit, 22,4% sur décision personnelle et 19,2% à l'occasion d'un don de sang comme l'indique la figure 1. On note également que 12,1% des HSH s'étaient fait dépister à la suite d'un rapport sexuel non protégé et qu'à peine 4,1% avaient fait le dépistage à l'initiative du personnel soignant.

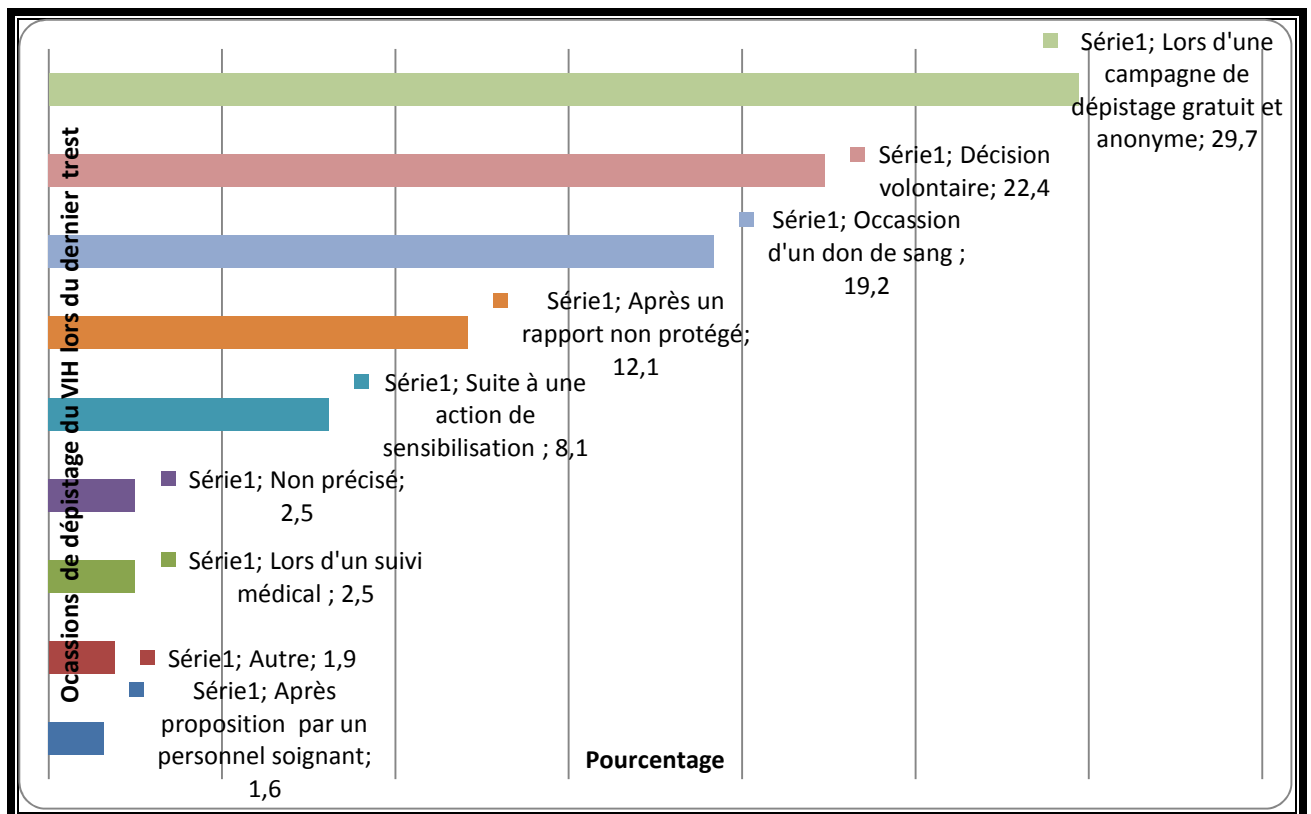


Figure 21. Occasions de dépistage du VIH lors du dernier test VIH réalisé (N=322).

### 3.12.3 Délais de réalisation du dernier test de dépistage du VIH

Le dernier test de dépistage du VIH avait été réalisé au cours des six derniers mois pour 77,4% des HSH comme le montre la figure 22.

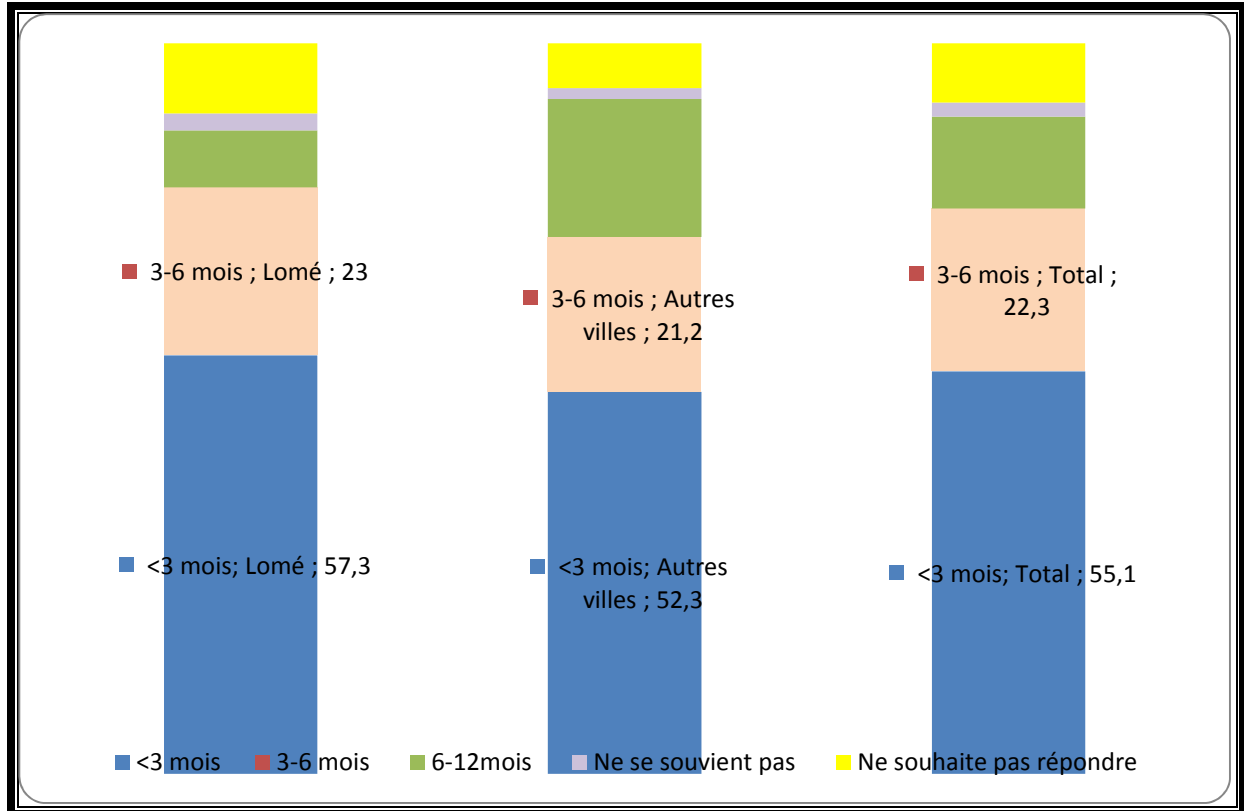


Figure 22. . Délai de réalisation du test du VIH



### 3.12.4 Accès aux structures de soins

Moins de la moitié des HSH (40,3%) avait visité une structure de soins au cours des six derniers mois pour recevoir des contraceptifs ou avoir des conseils. Ils étaient 412 (83,1%) à avoir reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois comme le montre le tableau 14. La distribution de préservatifs au HSH était plus fréquente à Lomé commune que dans les autres villes du Togo ( $p < 0,001$ ).

**Tableau 14. Accès aux structures de soins et aux méthodes contraceptives (N=496)**

	<b>Total</b>	Lomé	Autres villes	<b>P</b>
	<b>N (%)</b>	n (%)	n (%)	
Visite d'une structure de soins les 6 derniers mois pour recevoir des préservatifs ou des conseils	<b>200 (40,3)</b>	94 (43,7)	106 (37,7)	<b>0,197</b>
Avoir reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois	<b>412 (83,1)</b>	190 (88,4)	222 (79,0)	<b>&lt;0,001</b>

### 3.12.5 Obstacles structurels à l'accès au service de santé

L'attitude des prestataires de soins n'était pas le principal obstacle à la fréquentation des structures de soin par les HSH, puisque 77,3% d'entre eux estimaient avoir été bien reçus lors de leur visite dans les centres de soins.

**Tableau 15. Attitude des prestataires de soins vis-à-vis des HSH**

	Total	Lomé	Autres villes
	N (%)	n (%)	n (%)
Très Bonne	170 (34,3)	83 (38,6)	87 (31,0)
Bonne	238 (48,0)	98 (45,6)	140 (49,8)
Mauvaise	18 (3,6)	7 (3,3)	11 (3,9)
Ne souhaite pas répondre	70 (14,1)	27 (12,6)	43 (15,3)

### 3.12.6 Motif de la dernière visite dans une structure de soins

Le motif principal de la dernière visite des HSH dans une structure de soin était une visite médicale non précisée, tandis qu'environ 17,9% des HSH avaient consulté pour une IST et seulement 5,1% pour des préservatifs (Figure 23).

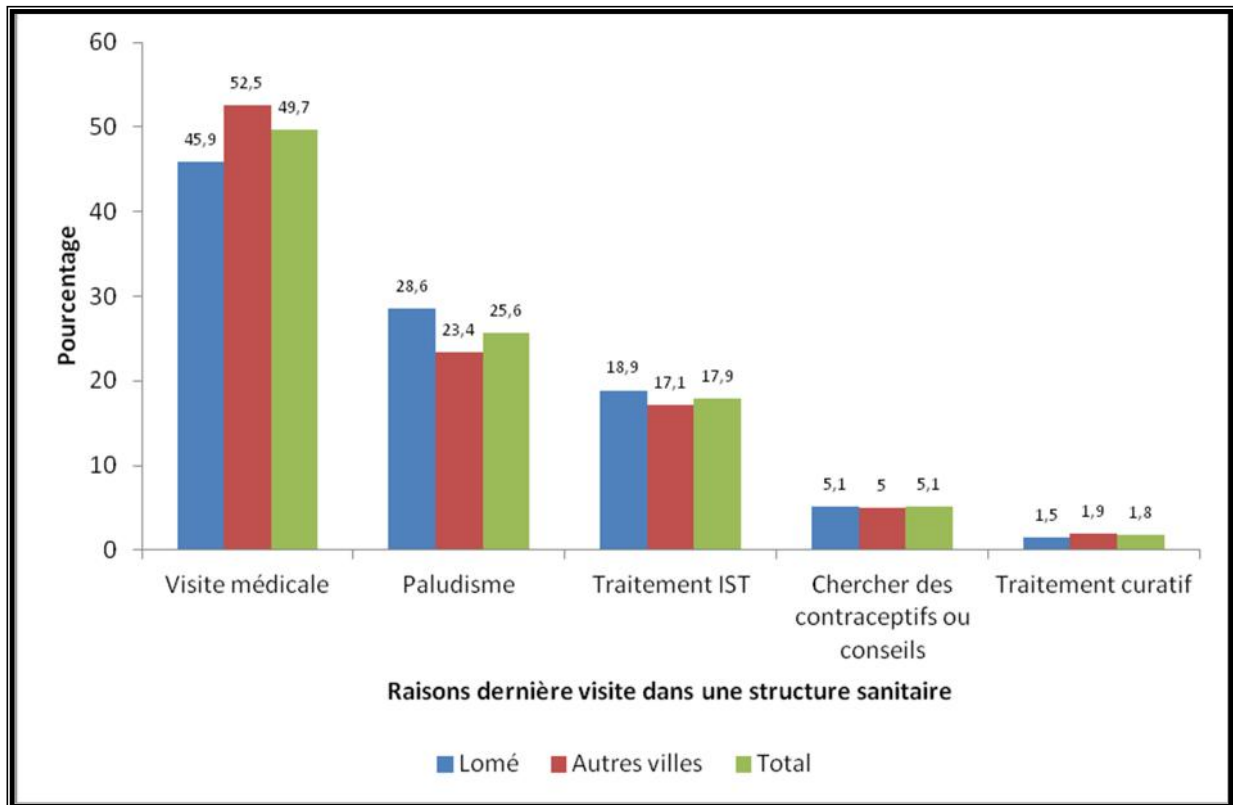


Figure 23. Raisons de la dernière visite dans une structure sanitaire

### 3.13 Exposition aux interventions du programme

Les HSH fréquentant les centres d'écoute et de conseil du programme souhaitaient principalement y trouver de la documentation sur la sexualité (53,8%), des conseillers pour leur donner des informations (45,2%) et des distributeurs automatiques de préservatifs (35,1%) comme l'indique le tableau 16. Plus de deux tiers d'entre eux (70,6%) connaissaient des pairs éducateurs et 61,5% avaient une bonne appréciation du rôle et de l'attitude des pairs éducateurs.

**Tableau 16. Exposition des HSH aux différentes interventions du programme de VIH (N=496)**

	Total N (%)	Lomé n (%)	Autres Villes n (%)
<b>Souhait de services dans un centre d'écoute et de conseil, n (%)</b>			
Distributeur automatique de préservatifs	174 (35,1)	72 (33,5)	102 (36,3)
Connexion internet	257 (51,8)	102 (47,4)	155 (55,2)
Documentation sur sexualité	267 (53,8)	101 (47,0)	166 (59,1)
Conseillers pour informations	224 (45,2)	96 (44,7)	128 (45,6)
Autres	20 (4,0)	12 (5,6)	8 (2,8)
<b>Connaissance des pairs éducateurs n (%)</b>			
Oui	350 (70,6)	160 (74,4)	190(67,6)
Non	142 (28,6)	53 (24,7)	89(31,7)
Non précisé	4 (0,8)	2 (0,9)	2 (0,7)
<b>Perception de l'attitude des pairs éducateurs n (%)</b>			
Très bonne	206 (41,5)	86 (40,0)	120 (42,7)
Bonne	99 (20,0)	59 (27,4)	40 (14,2)
Mauvaise	6 (1,2)	6 (2,8)	0 (0,0)
Ne souhaite pas répondre	31 (6,3)	6 (2,8)	25 (8,9)
Non précisé	154 (31,0)	58 (27,0)	96 (34,2)

### 3.14 Attitude stigmatisant et homophobe envers les HSH

Pour ce qui est des agressions homophobes, environ un HSH sur huit (14,9%) en avait déjà été victime au moins une fois dans sa vie (Tableau 17). Ces agressions étaient le plus souvent perpétrées par un membre de l'entourage non-familial (64,9%) ou un membre de la famille (31,1%). La plupart des HSH (73,2%) rapportaient avoir déjà subi des violences sexuelles, à un âge médian de 17 ans [12-21]. Environ un quart des HSH (24,4%) disaient être acceptés dans leur entourage vis-à-vis de leur homosexualité, tandis que l'indifférence et le rejet étaient ressentis respectivement par 16,1% et 4,0% des HSH.

**Tableau 17. Violences physiques et sociales à l'égard des HSH**

	Total N (%)	Lomé n (%)	Autres Villes n(%)
<b>Au moins une agression physique (N=496) homophobe au cours de la vie, n(%)</b>			
Oui	74 (14,9)	31 (14,4)	43 (15,3)
Non	247 (49,8)	133 (61,9)	114 (40,6)
Non précisé	175 (35,3)	51 (23,7)	124 (44,1)
<b>Agression physique homophobe (n=74)</b>			
Par un membre de la famille	23 (31,1)	6 (19,5)	17 (39,5)
Par un membre de sa communauté	48 (64,9)	23 (74,2)	25 (58,1)
Par un militaire	6 (8,1)	4 (12,9)	2 (4,6)
Autre	5 (6,7)	4 (12,9)	1 (2,3)
<b>Premier rapport sexuel avec un homme contraint (N=496)</b>			
Oui	28 (5,6)	14 (6,5)	14 (5,0)
Non	468 (94,4)	201 (93,5)	267 (95,0)
<b>Au cours de la vie, contraint d'avoir un rapport sexuel (N=496)</b>			
Oui	363 (73,2)	138 (64,2)	225(80,1)
Non	117 (23,6)	64 (29,8)	53(18,9)
Non précisé	16 (3,2)	13 (6,0)	3 (1,1)
<b>Age de la première contrainte physique</b>			
Médiane (ans), EIQ	17 [12-21]	17 [0-20]	18 [15-22]
<b>Attitude de l'entourage vis-à-vis de l'homosexualité</b>			
Indifférence	80 (16,1)	31 (14,4)	49 (17,4)
Acceptation	121 (24,4)	53 (24,7)	68 (24,2)
Rejet	20 (4,0)	9 (4,2)	11 (3,9)
Coercition	10 (2,0)	9 (4,2)	1 (0,4)
Violence	5 (1,0)	4 (1,9)	1 (0,4)

EIQ : étendue interquartile

## 4. DISCUSSIONS

La population des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes reste un groupe vulnérable au Togo du fait de la stigmatisation liée à l'homophobie. Dans tous les pays du monde, cette population rapporte les taux de séroprévalence du VIH les plus élevés.

Au Togo, la première étude de séroprévalence nationale du VIH chez les HSH a été réalisée en 2011 et rapportait une prévalence de 19,6%, IC 95% [15,9-23,8%], variant de 29,6% à Lomé à 4,6% dans les autres villes du Togo ( $p=0,001$ ). Une deuxième étude réalisée en 2014 à Lomé et Kara rapportait une prévalence de 18,5% à Lomé et 0,6% à Kara.

La présente étude de séroprévalence nationale du VIH chez les HSH du Togo confirme la prévalence plus élevée du VIH chez les HSH que dans la population générale. En effet, dans cette étude, la prévalence du VIH est estimée à 13% chez les HSH (22,3% à Lomé et 5,7% dans les autres villes du Togo) alors qu'elle n'est que de 2,5% dans la population générale.

Cette étude rapporte également une baisse significative de la prévalence du VIH chez les HSH qui est passée de 19,6% en 2011 à 13,0% en 2015. Cette baisse de la prévalence du VIH chez les HSH pourrait être en partie s'expliquée par le recul global de l'infection à VIH dans le pays. En effet, on note une baisse de la prévalence du VIH dans la population générale qui est passée de 3,4% en 2010 à 2,5% en 2013, soit un recul de 1% en trois ans.

Autrefois liée à la forte mortalité des patients infectés par le VIH, cette baisse de prévalence est devenue avec le passage à échelle du traitement antirétroviral, un bon reflet du recul de la transmission et donc de l'efficacité des actions de sensibilisation et de prévention des nouvelles infections. Toutefois, dans les populations HSH encore faiblement pénétrées par les activités du programme, d'autres paramètres pourraient s'ajouter au recul de la transmission pour expliquer cette baisse considérable observée. Ce sont notamment les facteurs épidémiologiques et méthodologiques. En effet, les populations HSH constituent des populations difficiles à atteindre par les approches d'enquêtes habituelles. Des techniques spécifiques appelées méthodes boules de neige permettent d'atteindre ces populations à travers leurs réseaux de

connaissances. Dans cette étude, nous avons utilisé un type spécifique de méthode boule de neige qu'on appelle échantillon constitué par les répondants (RDS). Cette méthode reconnue comme la technique de référence pour les études de séroprévalence auprès des populations cachées ou difficiles à atteindre permet de faire des estimations beaucoup plus fines et d'éviter les biais de sélection. Cette baisse de la prévalence serait alors le résultat d'une meilleure estimation de la prévalence du VIH au sein des populations HSH.

## **5. CONCLUSION**

Il s'agit de la troisième étude de séroprévalence du VIH réalisée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) au Togo. Elle a été réalisée en mars 2015 dans huit grandes villes du Togo, avec l'inclusion de 496 HSH qui ont été interviewés et 491 HSH testés pour le VIH. Cette troisième étude de séroprévalence réalisée chez les HSH confirme la prévalence élevée du VIH chez les HSH du Togo, avec une prévalence 5 fois plus élevée que la prévalence nationale.

Elle permet de relancer la réflexion sur les approches de sensibilisation et de prévention du VIH ciblant les populations cachées et stigmatisées telles que les HSH et les usagers de drogues.

Des études de séroprévalence devront s'étendre à d'autres infections virales notamment des hépatites B et C afin de prendre en compte de manière globale des IST chez les HSH au Togo.

## **6. SUGGESTIONS**

A l'issue de cette enquête nous formulons les suggestions suivantes :

### **A l'endroit des autorités sanitaires**

- Impliquer les associations de HSH dans les stratégies globales de prévention du VIH au sein de cette population
- Soutenir et renforcer les interventions de prévention et de prise en charge clinique adaptées au HSH
- Développer des centres spécialisés et des compétences pour l'accueil des HSH et leur prise en charge intégrale
- Soutenir et promouvoir les associations de HSH dans leurs activités de prévention et d'amélioration de la santé des HSH
- Améliorer l'offre de dépistage des autres IST en ciblant les HSH qui sont une population à forte prévalence du VIH au Togo.
- Réaliser des enquêtes de séroprévalence d'autres pathologies infectieuses transmissibles parmi les HSH afin de suivre la dynamique des épidémies au sein de cette population et y apporter une réponse adaptée.

### **A l'endroit des associations de HSH**

- Former des leaders communautaires HSH afin de mener des actions de sensibilisation et de prévention parmi les HSH les plus cachés
- Organiser des activités de prise en charge et de sensibilisation sur les problèmes de santé des HSH

## Références

1. UNAIDS. Global AIDS Response progress reporting: monitoring the 2011 political declaration on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2012 reporting. Disponible sur [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215\\_Global\\_AI\\_DS\\_Response\\_Progress\\_Reporting\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AI_DS_Response_Progress_Reporting_en.pdf). Consulté le 19 août 2014.
2. Dodds JP, Mercey DE, Parry JV, Johnson AM. Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sex Transm Infect* 2004;80:236-40.
3. Elford J. HIV treatment optimism and high-risk sexual behaviour among gay men: the attributable population risk. *AIDS* 2004;18:2216-7.
4. Sanchez T, Finlayson T, Drake A, et al. Human immunodeficiency virus (HIV) risk, prevention, and testing behaviors--United States, National HIV Behavioral Surveillance System: men who have sex with men, November 2003-April 2005. *MMWR Surveill Summ* 2006;55:1-16.
5. EuroVIH. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint Maurice, 2006 Report N°73.
6. Smith AD, Tapsoba P, Peshu N, Sanders EJ, Jaffe HW. Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2009;374:416-22.
7. Sullivan PS, Carballo-Diequez A, Coates T, et al. Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men. *Lancet* 2012;380:388-99.
8. Simooya OO, Sanjobo NE, Kaetano L, et al. 'Behind walls': a study of HIV risk behaviours and seroprevalence in prisons in Zambia. *AIDS* 2001;15:1741-4.
9. Muraguri N, Temmerman M, Geibel S. A decade of research involving men who have sex with men in sub-Saharan Africa: current knowledge and future directions. *SAHARA J* 2012;9:137-47.
10. Hickman M, Hope V, Coleman B, et al. Assessing IDU prevalence and health consequences (HCV, overdose and drug-related mortality) in a primary care trust: implications for public health action. *J Public Health (Oxf)* 2009;31:374-82.
11. Larmarange J, Wade AS, Diop AK, et al. Men who have sex with men (MSM) and factors associated with not using a condom at last sexual intercourse with a man and with a woman in Senegal. *PLoS One* 2010;5.
12. Wade AS, Larmarange J, Diop AK, et al. Reduction in risk-taking behaviors among MSM in Senegal between 2004 and 2007 and prevalence of HIV and other STIs. ELIHoS Project, ANRS 12139. *AIDS Care* 2010;22:409-14.
13. Wade AS, Kane CT, Diallo PA, et al. HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *Aids* 2005;19:2133-40.



14. Merrigan M, Azeez A, Afolabi B, et al. HIV prevalence and risk behaviours among men having sex with men in Nigeria. *Sex Transm Infect*;87:65-70.
15. Burrell E, Mark D, Grant R, Wood R, Bekker LG. Sexual risk behaviours and HIV-1 prevalence among urban men who have sex with men in Cape Town, South Africa. *Sex Health*;7:149-53.
16. PNLs. Surveillance sentinelle de l'infection par le VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en consultations prénatales au Togo. Rapport 2009. Date d'accès 01 Juillet 2011, Disponible [www.pnls.togo](http://www.pnls.togo). 2009. Consulté le 19 aout 2014.
17. PNLs. Surveillance sentinelle de l'infection par le VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en consultations prénatales au Togo. Rapport 2010. Disponible [www.pnls.togo](http://www.pnls.togo). Consulté le 19 aout 2014.
18. Ekouevi DK, Dagnra CY, Goilibe KB, et al. [HIV seroprevalence and associated factors among men who have sex with men in Togo]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62:127-34.