

**REPUBLIQUE DU CONGO**

**Conseil National de Lutte Contre le SIDA**



**ENQUETE COMPORTEMENTALE COUPLEE A LA  
SEROLOGIE VIH CHEZ LES PROFESSIONNELLES  
DU SEXE, LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS  
SEXUELS AVEC LES HOMMES ET LES DETENUS EN  
REPUBLIQUE DU CONGO**

**RAPPORT FINAL**

**BRAZZAVILLE, JUIN 2012**



**LNSP**



## © Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA de la République du Congo

La présente étude a été réalisée par le Conseil Nationale de Lutte contre le Sida (CNLS) de la République du Congo en collaboration avec l'ONG Médecins d'Afrique (MDA) et le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), avec l'appui financier de l'Association Internationale de Développement (IDA).

Les personnes-ressources suivantes ont participé à la réalisation de l'étude :

### **Pour le CNLS**

- Dr Marie-Francke PURUEHNCE (Secrétaire Exécutive)
- Dr Achille LANZY (Responsable de la réponse communautaire)
- Dr Irène YAMEOGO (Conseillère technique internationale)
- Dr Franck Fortuné M'BOUSSOU (Consultant)

### **Pour l'ONG Médecins d'Afrique :**

- Dr Davy LOUVOUEZO (Représentant) ;
- M. Florian KOUCKODILA (Assistant de programme VIH) ;
- Dr Alain BIKINDOU (Administrateur de programmes Urgences) ;
- Dr Stève MAMPASSY (Administrateur de programme VIH) ;
- M. Siffrin KOUETOLO (Gestionnaire des bases de données) ;
- M. Théophile BASSISSILA (Consultant, Statisticien)

### **Pour le Laboratoire National de Santé Publique**

- Pr Henri Joseph PARRA (Directeur) ;
- Dr Jean Vivien MOMBOULI ;
- Dr Fabien Rock NIAMA ;
- Dr Marie-Yvonne N'DOUNDOU-N'KODIA.

***Pour obtenir des exemplaires du rapport de l'étude, écrire à :***

***Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida***

***BP :2459***

***E-mail : [sep\\_cnlscongo@yahoo.fr](mailto:sep_cnlscongo@yahoo.fr)***

***Brazzaville***

***République du Congo***

## REMERCIEMENTS

Le Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida, le Laboratoire National de Santé Publique et l'ONG Médecins d'Afrique s'associent pour adresser leurs sincères remerciements à toutes les institutions et personnalités qui ont facilité la réalisation de la présente étude. Il s'agit en particulier :

- du Chargé du Projet de Lutte contre le VIH/Sida et de Santé au niveau de la Banque Mondiale pour son engagement qui a facilité la mobilisation du financement de l'étude ;
- du Représentant de l'UNFPA pour sa contribution au financement de l'étude ;
- de la Directrice Générale du Centre National de Transfusion Sanguine qui a facilité l'organisation du contrôle de qualité des tests VIH ;
- de la Direction de l'Administration pénitentiaire dont l'engagement a permis la réalisation de l'enquête dans les prisons ;
- des responsables des associations de professionnelles du sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes qui ont facilité la mobilisation des deux groupes en faveur de l'étude.
- des enquêteurs, agents de santé, techniciens de laboratoire et agents de saisie dont l'engagement a permis de réaliser l'étude dans les délais prévus.

## SOMMAIRE

REMERCIEMENTS .....	3
LISTE DES TABLEAUX .....	6
LISTE DES FIGURES .....	8
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	10
RESUME EXECUTIF .....	12
1. INTRODUCTION.....	15
1.1. CONTEXTE .....	15
1.2. JUSTIFICATION .....	19
2. BUTS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	20
2.1. BUT .....	20
2.2. OBJECTIF GENERAL.....	20
2.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES .....	20
3. METHODOLOGIE .....	21
3.1. CADRE DE L'ETUDE.....	21
3.2. TYPE D'ETUDE .....	27
3.3. DEFINITION DE LA POPULATION DE L'ETUDE .....	27
3.4. ECHANTILLONNAGE.....	28
3.5. CRITERES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION.....	35
3.6. DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....	36
3.7. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	41
3.8. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES.....	43
3.9. DIFFICULTES RENCONTREES.....	44
4. RESULTATS .....	44
4.1. GROUPE DES PROFESSIONNELLES DU SEXE.....	44
4.2. GROUPE DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES .....	67
4.3. GROUPE DES DETENUS .....	86
5. COMMENTAIRES .....	99
5.1. CONNAISSANCES SUR LE VIH ET LES IST DES PS, HSH ET DETENUS .....	99
5.2. RECOURS AU DEPISTAGE VOLONTAIRE CHEZ LES PS, HSH ET DETENUS ...	100
5.3. COMMERCE SEXUEL ET EXPOSITION AU RISQUE D'INFECTION A VIH.....	101

5.4. RAPPORTS HOMOSEXUELS MASCULINS ET EXPOSITION AU RISQUE D'INFECTION A VIH.....	104
5.5. VIE EN DETENTION ET EXPOSITION AU RISQUE D'INFECTION A VIH.....	106
5.6. PREVALENCE DU VIH CHEZ LES PS, HSH ET DETENUS .....	107
5.7. FACTEURS ASSOCIES AU STATUT VIH POSITIF CHEZ LES PS, HSH ET DETENUS .....	107
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	109
REFERENCES.....	110

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition de la population du Congo par département et par sexe.....	23
Tableau 2 : Répartition de la population des villes concernées par l'enquête .....	27
Tableau 3 : Répartition des sites et du nombre estimé de professionnelles du sexe par ville....	309
Tableau 4 : Comparaison des prévalences du VIH chez les professionnelles du sexe et les adultes de 15-49 ans dans trois pays de l'Afrique centrale .....	31
Tableau 5 : Répartition des sites de prostitution de l'échantillon des professionnelles du sexe par ville.....	32
Tableau 6 : Répartition des détenus par établissements pénitentiaires au 30 septembre 2011 ..	34
Tableau 7 : Comparaison des résultats de l'échantillon des prélèvements ayant fait l'objet du contrôle de qualité .....	41
Tableau 8: Répartition de 756 professionnelles du sexe par ville et par type de sites de prostitution .....	45
Tableau 9: Répartition de 756 professionnelles du sexe par tranche d'âge .....	45
Tableau 10: Répartition de 691 scolarisés par niveau d'études .....	46
Tableau 11: Répartition de 756 professionnelles de sexe selon la nationalité .....	46
Tableau 12: Répartition de 756 professionnelles du sexe selon la consommation de l'alcool ou des drogues.....	47
Tableau 13: Répartition de 371 professionnelles du sexe selon la situation matrimoniale.....	48
Tableau 14: Répartition de 728 professionnelles du sexe selon leurs réponses aux questions relatives aux moyens de prévention de l'infection à VIH .....	51
Tableau 15: Répartition de 728 professionnelles du sexe selon leurs réponses aux questions relatives aux conceptions erronées à propos du VIH et du Sida.....	53
Tableau 16: Répartition de 329 professionnelles du sexe selon leur connaissance des points de distribution/vente des préservatifs féminins .....	54
Tableau 17: Paramètres de position relatifs au nombre de partenaires au cours des 7 derniers jours selon le type de partenaire de 756 professionnelles du sexe.....	55
Tableau 18: Répartition des professionnelles de sexe suivant les modalités de l'initiative d'emploi du préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un client et un partenaire non-payant. ...	57
Tableau 19: Répartition des professionnelles de sexe suivant les raisons de non-utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un client et un partenaire non-payant. ....	58
Tableau 20: Répartition des 96 Professionnelles du sexe ayant affirmé avoir été victimes de violences sexuelles selon le responsable de ces violences. ....	60
Tableau 21: Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe.....	61
Tableau 22: Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe par tranche d'âge (< 25 ans, ≥ 25 ans).....	63
Tableau 23: Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe selon le type de prostitution	64
Tableau 24: Prévalence du VIH selon que la professionnelle du sexe ait été scolarisée ou non.	65
Tableau 25: Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe selon la nationalité.....	66
Tableau 26: Répartition de 153 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes par ville .....	67
Tableau 27: Répartition de 153 hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes par tranche d'âge .....	67
Tableau 28: Répartition des 143 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, scolarisés par niveau d'étude.....	68
Tableau 29: Répartition de 153 hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes selon leur nationalité .....	68
Tableau 30: Répartition de 151 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes selon la consommation d'alcool et de drogues.....	69

Tableau 31: Répartition des 13 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant déjà été mariés à une femme selon leur situation matrimoniale au moment de l'enquête .....	70
Tableau 32: Répartition des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » suivant les modalités de l'initiative d'emploi du préservatif au cours du dernier rapport anal avec un partenaire payant et non-payant. ....	74
Tableau 33: Répartition des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » suivant les raisons de non-utilisation du préservatif au cours du dernier rapport anal avec un partenaire payant et non-payant.....	75
Tableau 34: Répartition de 151 « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » selon leurs réponses aux questions relatives aux conceptions erronées à propos du VIH et du Sida ..	80
Tableau 34: Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes .....	81
Table 35: Prévalence du VIH chez les « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » par tranche d'âge (< 25 ans, ≥25 ans) .....	82
Tableau 37: Prévalence du VIH selon que l' « homme ayant des rapports sexuels avec les hommes » ait été scolarisé ou non .....	83
Tableau 38: Prévalence du VIH chez les « hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes » selon la nationalité.....	85
Tableau 39: Répartition de 96 détenus par ville .....	86
Tableau 40: Répartition de 96 détenus par tranche d'âge.....	86
Tableau 41: Répartition de 40 détenus selon la durée de détention .....	87
Tableau 42: Répartition de 88 détenus scolarisés par niveau d'étude.....	87
Tableau 42: Répartition de 96 détenus selon leur nationalité .....	88
Tableau 43: Répartition des détenus selon la consommation d'alcool et de drogues .....	88
Tableau 44: Répartition des 96 détenus selon leur situation matrimoniale au moment de l'enquête .....	89
Tableau 46: Répartition des détenus suivant les comportements exposant au sang en prison ...	91
Tableau 47: Répartition de 92 détenus selon leurs réponses aux questions relatives aux conceptions erronées à propos du VIH et du Sida .....	93
Tableau 48: Prévalence du VIH chez les détenus .....	94
Tableau 49: Prévalence du VIH chez les détenus par tranche d'âge (< 35 ans, ≥ 35 ans) .....	95
Tableau 50: Prévalence du VIH selon que le détenu soit scolarisé ou non .....	96
Tableau 51: Prévalence du VIH chez les détenus selon leur nationalité .....	98
Tableau 52: Prévalence du VIH chez les détenus suivant la durée de détention .....	98

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Prévalence du VIH dans les départements de la République du Congo (source ESIS 2009) .....	17
Figure 2: Carte de la République du Congo .....	22
Figure 3: Algorithme de dépistage du VIH.....	40
Figure 4: Répartition de 756 professionnelles du sexe selon le type de prostitution pratiquée.....	49
Figure 5: Variation de la proportion des Professionnelles du sexe ayant répondu par « oui » aux six questions sur les modes de transmission et de moyens de prévention .....	52
Figure 6: Répartition de 756 professionnelles du sexe suivant le nombre de partenaires non-payants au cours des sept derniers jours .....	56
Figure 7: Variations de la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe par tranche d'âge.....	63
Figure 8: variations de la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe scolarisés suivant le niveau d'éducation.....	65
Figure 9: Comparaison des indicateurs relatifs à l'utilisation du préservatif au cours de la fellation chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. ....	71
Figure 10: Variation des proportions des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » ayant des rapports anaux suivant type de partenaire.....	73
Figure 11: Variation des proportions des "hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes " utilisant différents de produits comme lubrifiants .....	76
Figure 12: Variations de la proportion des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » selon qu'ils aient affirmé avoir présenté chacun des 4 principaux symptômes évoquant une IST au cours des 12 derniers mois. ....	77
Figure 13: Variation de la proportion des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » ayant répondu par « oui » aux six questions sur les modes de transmission et de moyens de prévention .....	79
Figure 14: Prévalence du VIH chez les "hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes" par tranche d'âge .....	82



Figure 15: Prévalence du VIH chez les « hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes » scolarisés selon le niveau scolaire .....	84
Figure 16: Variation de la proportion des détenus ayant répondu par « oui » aux six questions sur les modes de transmission et de moyens de prévention .....	92
Figure 17: Variations de la prévalence du VIH chez les détenus par tranche d'âge 95	
Figure 18: Variation de la prévalence du VIH chez les détenus selon le niveau scolaire .....	97

## **LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES**

CDLS:	Conseil Départemental de Lutte contre le Sida
CNLS :	Conseil National de Lutte contre le Sida
CERSSA:	Comité d’Ethique de la Recherche en Sciences de la Santé
CNTS:	Centre National de Transfusion Sanguine
COREC- Sida:	Coordination des Confessions Religieuses contre le Sida
CSN:	Cadre stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida
CTA:	Centre de Traitement Ambulatoire
ESIS:	Enquête sur les Indicateurs du Sida
FHI:	Family Health International
FOSIC:	Forum des ONG de Lutte contre le Sida au Congo
HSH:	Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes
IDA:	Association Internationale de Développement
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
LNSP:	Laboratoire National de Santé Publique
MDA:	Médecins d’Afrique
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA :	Programme Commun des Nations Unies contre le Sida
PLVSS:	Projet de Lutte contre le VIH/Sida et de Santé
PNB :	Produit National Brut
PNLS:	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD:	Programme des Nations Unies pour le Développement

PS :	Professionnelle du Sexe
RDC:	République Démocratique du Congo
RENAPC:	Réseau National des Associations des Positifs du Congo
SEP :	Secrétariat Exécutif Permanent
SIDA :	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
UDLS:	Unité Départementale de Lutte contre le Sida
ULS :	Unité de Lutte contre le Sida
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **RESUME EXECUTIF**

### **Contexte**

Selon les données de l'Enquête de Séroprévalence et les Indicateurs du Sida (ESIS) 2009 réalisée chez les adultes de 15-49 ans, l'épidémie de l'infection à VIH en République du Congo est de type généralisé, avec une prévalence nationale de 3,2%. Dans le cadre de la mise en œuvre des cadres stratégiques nationaux de lutte contre le Sida successifs, le SEP/CNLS appuie les initiatives relatives à la lutte contre le Sida dans les groupes de populations les plus exposées, tels que les professionnelles du sexe (PS) les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les détenus. Cependant, aucune enquête combinant les données comportementales et biologiques n'a été réalisée à ce jour au Congo au sein de ces groupes. C'est dans ce contexte que la première enquête bio-comportementale a été conduite au Congo chez les PS, les HSH et les détenus pour la mise en place d'un système de surveillance de seconde génération (SSG) de l'infection à VIH.

### **Objectif**

L'objectif général de l'étude était de contribuer à une meilleure connaissance de la situation de l'épidémie du VIH dans les groupes de populations les plus exposées.

Plus spécifiquement, il s'était agi :

- d'évaluer la prévalence du VIH dans les groupes des PS, HSH et Détenus ;
- d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques en lien avec l'infection à VIH chez les PS, HSH et Détenus ;
- d'identifier les facteurs d'exposition au risque d'infection à VIH, ainsi que les facteurs protecteurs chez les PS, HSH et Détenus ;
- d'analyser les associations entre la prévalence du VIH, l'exposition au risque d'infection à VIH et les caractéristiques sociodémographiques des PS, HSH et Détenus ;
- de fournir les données de base en vue de renseigner les indicateurs dans le cadre du système de surveillance de seconde génération, pour les PS, HSH et Détenus.

### **Méthodologie**

Un échantillonnage aléatoire stratifié à deux niveaux dans 5 villes (Brazzaville, Pointe Noire, Dolisie, Nkayi et Pokola ) basé sur une cartographie actualisée des sites de prostitution a été utilisé pour recruter les PS. Un sondage systématique été utilisé pour l'échantillonnage des détenus. Les HSH ont été recrutés en utilisant la méthode de la boule de neige.

Le recrutement des participants et participantes à l'étude s'est déroulé sur les sites de prostitution pour les PS au sein des maisons de correction pour les détenus et au sein des associations choisies par les HSH pour ce groupe. La participation était volontaire. Les PS et les HSH ont bénéficié de de séances de mobilisation communautaire. Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires lors d'entretiens individuels. Des prélèvements sanguins ont été réalisés pour la recherche du VIH.

## Résultats

Au total, 756 PS, 156 HSH et 97 détenus ont participé à l'étude.

Les PS enquêtées sont majoritairement de nationalité congolaise (59,2 %). Leur âge moyen est de 28,1 ans  $\pm$ 9,2. La proportion de PS qui avait consommé des drogues au moins une fois a été de 13,2% (n=100) et un tiers des PS, soit 31% ont déclaré avoir consommé au moins trois bières tous les jours. Les PS ont en moyenne 2,7 $\pm$ 2,4 clients par jour avec des extrêmes de 0 à 29 clients. Plus de la moitié des PS déclarent avoir des partenaires non payants. L'utilisation de préservatifs est de 81% avec les clients et plus faible avec les partenaires non payants (21%). La moitié des PS (51,9%) ont déclaré avoir eu des symptômes d'IST.

La prévalence du VIH chez les PS est de 7,5% [5,8 ; 9,7] et est statistiquement supérieure à la prévalence des 15-49 ans qui est de 3,2% (p<0,0001). Cette prévalence est significativement plus élevée chez les PS de 25 ans ou plus que chez les moins de 25 ans : 10,2% vs 3,8% ( $\chi^2=10,65$  ; p=0,001 ; OR=0,35 [0,18 ; 0,67]). L'étude ne retrouve pas d'association entre le type de prostitution, le niveau scolaire, la nationalité, le niveau de connaissance sur le VIH, l'usage du préservatif ou non avec le dernier client et le nombre de partenaires non payants avec le taux de prévalence du VIH.

La majorité des HSH sont de nationalité congolaise (74,5 %). L'âge moyen est de 28,8 ans  $\pm$ 5,4. La proportion de HSH qui avait consommé des drogues au moins une fois a été de 21,6% et 27,5% des HSH ont déclaré avoir consommé régulièrement de l'alcool. L'âge moyen du premier rapport sexuel avec un homme était de 15,9 $\pm$ 4,8 ans. Plus de la moitié des HSH (61,6%) ont pratiqué une fellation au cours des six derniers mois et la majorité des HSH enquêtés (82,4%) ont eu des rapports sexuels avec pénétration anale. Une proportion importante de HSH (72,5%) ont des rapports sexuels anaux avec des partenaires payants et des partenaires non payants. L'utilisation du condom n'est pas systématique avec les partenaires payants (64%) et diminue avec un partenaire non payant (40,6%). Seuls 2% des HSH utilisent des lubrifiants appropriés lors des rapports sexuels avec pénétration anale. Plus de la moitié des HSH (62,7%) sont bisexuels et le nombre moyen de partenaires du sexe féminin dans les six derniers mois est de 2 $\pm$ 1,9. Avec les partenaires de sexe féminin, 69,6% des HSH ont affirmé n'avoir pas utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel.

La prévalence du VIH chez les HSH est de 26,1% [19,4 ; 33,9] et est statistiquement supérieure à la prévalence de la population générale (p< 0,0001). Cette prévalence est significativement plus élevée chez les HSH de 25 ans ou + que ceux <25 ans : 37% vs 20,2% ( $\chi^2=5,1$  ; p=0,002 ; OR=2,3 [1,1 ; 4,9]). Il n'y a pas de lien entre le niveau scolaire, la nationalité, l'usage du préservatif lors des fellations et des rapports anaux, le niveau de connaissance sur le VIH et la prévalence VIH dans la population étudiée.

Les détenus enquêtés sont majoritairement de nationalité congolaise (83,3 %). Les hommes ont constitué la majorité de l'échantillon soit 90,6%. L'âge moyen des détenus est de 36,4 ans  $\pm$ 12,2. La durée médiane de la détention était de huit mois. Le niveau scolaire était assez élevé, puisque 78,4% des détenus avait fait des études secondaires ou supérieures. Le niveau de consommation régulière d'alcool était bas (7,3%) et la même proportion de détenus a avoué avoir déjà consommé de la drogue. Le nombre de détenus qui ont avoué

avoir eu des rapports sexuels en prison est faible (6,3%, n=6) dont un tiers sont des femmes. Aucun rapport homosexuel n'a été rapporté. L'étude montre qu'aucun détenu n'a utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel. Un tiers des rapports sexuels notifiés ont été contraints par des violences. Toutes les victimes de ces violences sexuelles sont de sexe féminin. L'exposition au sang a été retrouvée chez 14,6% des détenus.

La prévalence du VIH chez les détenus est de 8,3% [3,7 ; 15,8] et est statistiquement supérieure à prévalence de la population générale ( $p < 0,01$ ). L'étude ne retrouve pas lien entre l'âge et le statut sérologique chez les détenus. Aucun lien n'est également retrouvé dans cette étude entre le niveau de scolarisation, la nationalité, la durée de la détention, le niveau de connaissance sur le VIH et la prévalence du VIH.

## **Conclusion**

Cette première enquête comportementale a permis de noter que la prévalence du VIH est plus élevée chez les PS, les HSH et les détenus que dans la population générale vivant en République du Congo. Afin de limiter la propagation du VIH, il convient de conduire quelques études qualitatives afin d'explorer et de compléter les résultats de ce travail. Il est opportun de mettre en place un système de surveillance de seconde génération avec des enquêtes bi annuelles, de réviser ou mieux de repenser les stratégies d'intervention au profit de trois groupes vulnérables en associant tous les acteurs concernés.

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. CONTEXTE

### 1.1.1. SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DE L'INFECTION À VIH ET DU SIDA DANS LE MONDE ET EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Depuis plus d'un quart de siècle, l'humanité fait face à l'épidémie la plus meurtrière et la plus dévastatrice de son histoire: l'infection à VIH. En 2009, l'ONUSIDA estimait le nombre de personnes vivant avec le VIH à travers le monde à 33,3 millions (31,4 millions–35,4 millions) et celui des nouvelles infections à 2,6 millions (2,3 millions–2,8 millions) [1]. Le nombre de personnes décédées à cause du Sida en 2009 était globalement estimé à 1,8 million (1,6 million–2,1 millions). L'Afrique au sud du Sahara supporte une part disproportionnée du fardeau mondial du VIH avec 67,5% du total des personnes vivant avec le VIH, 69% des nouvelles infections chez les adultes et 72% des décès dus au Sida [1].

Parmi les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, figurent les professionnelles du sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les détenus. Selon le rapport sur l'épidémie mondiale du Sida 2009 [2], à l'échelle de l'Afrique subsaharienne tout entière, la prévalence médiane du VIH chez les PS était de 19% en 2008, alors que la prévalence au sein de la population générale était de 5,2% [4,9–5,4%]. Selon le même rapport [2], la prévalence du VIH chez les PS étaient supérieure à 30% dans 7 pays d'Afrique subsaharienne (Bénin, Burundi, Cameroun, Ghana, Guinée-Bissau, Mali et Nigéria). Les PS constituent une population prioritaire des programmes de prévention du VIH, ainsi que leurs clients qui sont depuis longtemps également reconnus comme une possible passerelle épidémiologique vers d'autres populations.

Depuis 2000, les travaux de recherche sur les risques liés au VIH chez les HSH en Afrique subsaharienne ont permis de mettre à jour une composante importante de nombreuses épidémies nationales, sur laquelle on n'avait jusqu'alors pas d'éléments.

En effet, dans la plupart des pays où des études sérologiques ont été menées, une prévalence du VIH chez les HSH substantiellement plus élevée que dans la population masculine dans son ensemble, a été observée [2]. La sexualité entre hommes englobe fréquemment le rapport anal, qui comporte un risque très élevé de transmission du VIH pour le partenaire passif, et un risque important, bien que moindre, pour le partenaire actif. Une proportion relativement importante des HSH est constituée des professionnels du sexe [3]. En Afrique subsaharienne, la plupart des HSH sont des bisexuels et jouent le rôle, comme les professionnelles du sexe, de passerelle épidémiologique vers les autres groupes de population [3].

En Afrique subsaharienne, les taux d'incarcération varient substantiellement d'un pays à l'autre. Sur les 20 pays pour lesquels des données sur la prévalence du VIH au sein des populations carcérales sont disponibles, la prévalence du VIH chez les détenus est égale ou supérieure à 10% dans 8 pays [4]. Les prisons ne sont pas totalement coupées du reste du monde, les entrées et les sorties sont régulièrement enregistrées parmi les détenus, les visiteurs et le personnel. Bon nombre de détenus purgent des peines courtes, et certains sont incarcérés plusieurs fois, et après leur libération, ils retrouvent le monde extérieur [4]. Les facteurs spécifiques responsables de la transmission du VIH en milieu carcéral sont représentés par l'injection de drogue avec des aiguilles et des seringues non stérilisées, les rapports sexuels avec pénétration non protégés entre hommes et le tatouage avec du matériel commun, non stérilisé, ainsi que des violences sexuelles [4].

### **1.1.2. SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DU SIDA DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ET LES POPULATIONS LES PLUS EXPOSÉES EN RÉPUBLIQUE DU CONGO**

#### **a. POPULATION GÉNÉRALE**

Selon les données de l'Enquête de Séroprévalence et les Indicateurs du Sida (ESIS) réalisée en 2009 chez les adultes de 15-49 ans [5], l'épidémie de l'infection à VIH en République du Congo est de type généralisé, avec une prévalence nationale de 3,2%, oscillant d'un département à l'autre entre 1,5% et 4,8%. L'épidémie frappe plus lourdement les femmes, avec 4,1% de prévalence chez les femmes contre 2,1% chez les hommes au niveau national. La figure 1 présente la distribution de la prévalence du VIH par département.



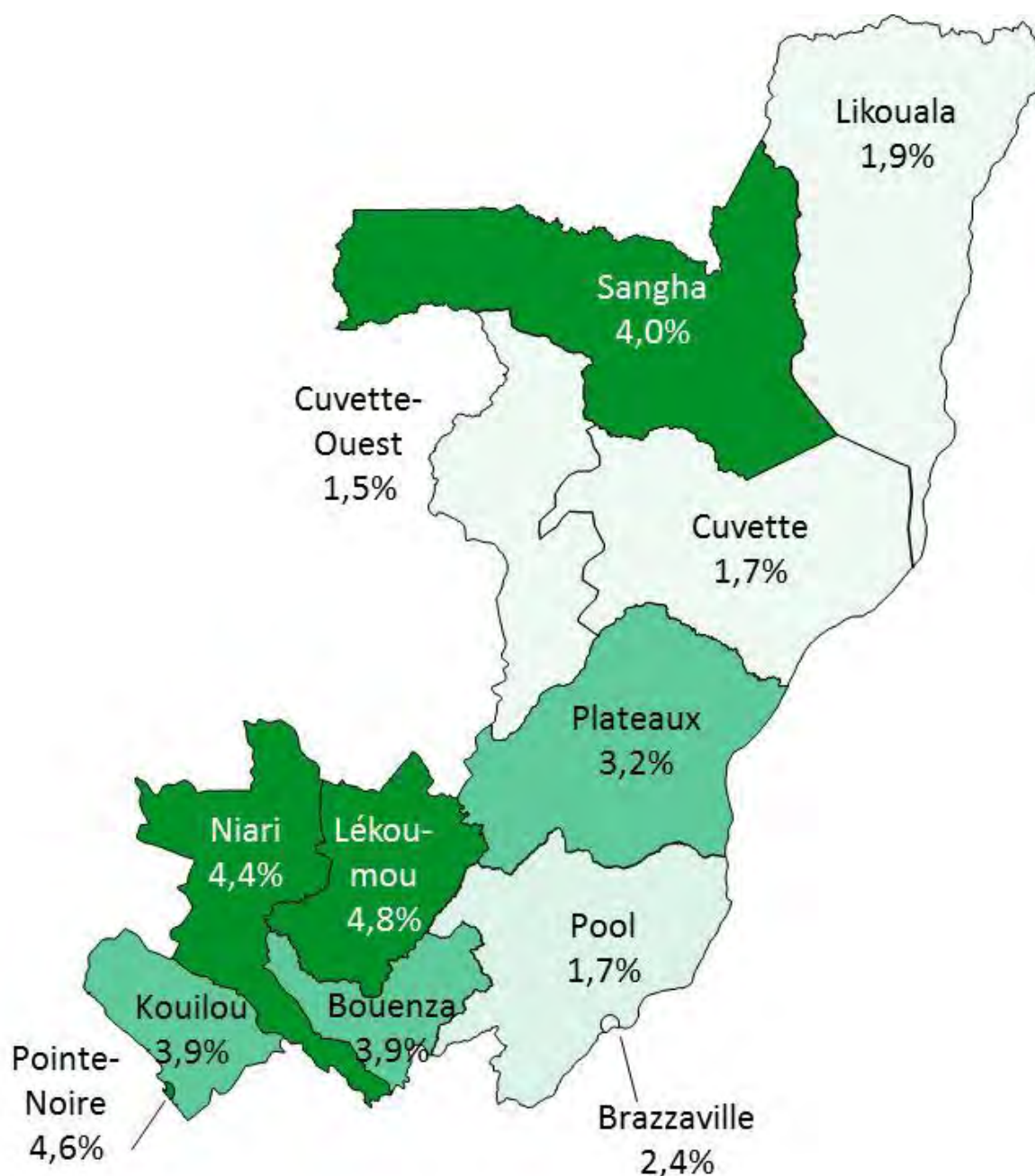


Figure 1: Prévalence du VIH dans les départements de la République du Congo (source ESIS 2009)

La transmission du VIH reste principalement hétérosexuelle en République du Congo. Le risque de contracter l'infection à VIH et les autres IST est vraisemblablement lié à la fréquence des rapports sexuels non protégés [5].

Selon les données de l'ESIS 2009, [6] :

- la proportion des personnes qui ont eu une activité sexuelle au cours des 12 derniers mois est de 85,8% chez les femmes et de 87,4% chez les hommes ;
- la proportion de personnes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois est de 6,9% chez les femmes et de 28,6% chez les hommes ;
- le nombre moyen de partenaires sexuels durant la période de vie sexuelle est de 4,1 chez les femmes et de 13,3 chez les hommes ;
- la proportion des hommes ayant eu des rapports sexuels payants, donc avec des professionnelles du sexe (PS), est de 8,4% au niveau national et 10,1% à Brazzaville. Parmi ces hommes, la proportion de ceux qui ont utilisé un préservatif au cours des derniers rapports sexuels payants est de 80,4% au niveau national.

#### **b. Populations les plus exposées au risque d'infection à VIH**

Il n'existe pas de données sur la prévalence du VIH aussi bien chez les PS que chez les HSH et les détenus au Congo.

Les seules données disponibles sont celles de l'étude relative aux facteurs associés à l'exposition au risque d'infection à VIH chez les PS, réalisée en 2010 [7]. Selon les résultats de cette étude, 69,9% des PS se sont exposés au risque d'infection à VIH au cours des 30 derniers jours ; les PS avaient plus de rapports sexuels sans préservatifs avec les partenaires non payants qu'avec les clients ; les PS avec de bonnes connaissances sur l'infection à VIH, celles qui pratiquaient la prostitution fixe exclusive et celles qui n'avaient jamais été à l'école avaient une moindre propension à s'exposer au risque d'infection à VIH.

Dans le cadre de la mise en œuvre des cadres stratégiques nationaux de lutte contre le Sida successifs, le SEP/CNLS appuie les initiatives relatives à la lutte contre le Sida dans les groupes de population les plus exposées, en particulier chez les PS, les HSH et les détenus. Ces initiatives prennent en compte les services de communication pour le changement de comportement (CCC), de promotion et distribution des préservatifs masculins et féminins, de promotion du dépistage volontaire et des autres services VIH.

Les initiatives de lutte contre le Sida chez les professionnelles du sexe sont mises en œuvre dans les villes où ce groupe de population est présent et a été identifié parmi les groupes les plus exposés. Il s'agit notamment des villes de Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, Nkayi, Ouessou et Pokola.

Les HSH sont présents exclusivement dans les deux principales villes du pays : Brazzaville et Pointe-Noire. Les initiatives de prévention du VIH chez les HSH sont ainsi mises en œuvre dans ces deux villes. Les actions sont menées de concert avec les organisations de la société civile et des pairs éducateurs formés.

Les établissements pénitentiaires sont fonctionnels dans 7 localités du pays : Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, Sibiti, Djambala, Owando et Madingou. Des activités de prévention sont menées à leur profit en collaboration avec l'ULS Justice. Un programme de prévention et de dépistage volontaire du VIH chez les détenus est mis en œuvre à la maison d'arrêt de Brazzaville par l'ULS du ministère de la justice avec l'appui du SEP/CNLS.

## **1.2. JUSTIFICATION**

L'ONUSIDA et l'organisation mondiale de la santé (OMS) recommandent aux pays de recueillir des informations sur la prévalence du VIH dans les populations assez représentatives de la population générale (femmes enceintes notamment) ainsi que dans les populations considérées comme à haut risque pour l'infection et la transmission du VIH [8]. En République du Congo, depuis 1990, plusieurs enquêtes de surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes ont été conduites de manière irrégulière. Cependant, les enquêtes spécifiques auprès des groupes les plus à risque n'ont pas été réalisées. Dans le cadre d'épidémies généralisées, les systèmes de surveillance devraient mettre l'accent sur le suivi de l'infection à VIH et des comportements au sein de la population et des groupes les plus exposés [9,10]. Il s'agit de l'application de la stratégie de surveillance de seconde génération dont l'un des objectifs principaux consiste à établir un lien entre les données sur le comportement et la prévalence du VIH. Ceci permet d'établir si les modifications de la prévalence du VIH dans la population générale et dans les groupes spécifiques peuvent être attribuées à des changements de comportement sexuel [8].

La présente étude est une étape préalable à la mise en place d'un système de surveillance sentinelle de seconde génération associant la séroprévalence et les indicateurs de comportements à risque au sein des populations les plus exposées au risque d'infection à VIH. En l'absence d'étude spécifique permettant d'identifier les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH, l'enquête se focalisera sur les PS, les HSH et des détenus qui sont universellement reconnus dans les situations d'épidémiologie généralisée [2,3,4].

La présente étude a permis d'obtenir des données de base sur la prévalence du VIH, les connaissances, attitudes et pratiques ainsi que les liens éventuels entre ces différentes variables, chez les PS, les HSH et les détenus. Elle servira aussi de base à la mise en place d'un système de surveillance de seconde génération incluant ces trois groupes de populations.

## **2. BUTS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE**

### **2.1. BUT**

Contribuer à la réduction des nouvelles infections dans la population générale et les populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH en République du Congo.

### **2.2. OBJECTIF GENERAL**

Contribuer à une meilleure connaissance de la situation de l'épidémie du VIH dans les groupes de populations les plus exposées.

### **2.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES**

Il s'agissait plus spécifiquement de :

- évaluer la prévalence du VIH dans les groupes des PS, HSH et Détenus ;

- évaluer les connaissances, attitudes et pratiques en lien avec l'infection à VIH chez les PS, HSH et Détenus ;
- identifier les facteurs d'exposition au risque d'infection à VIH, ainsi que les facteurs protecteurs chez les PS, HSH et Détenus ;
- analyser les associations entre la prévalence du VIH, l'exposition au risque d'infection à VIH et les caractéristiques sociodémographiques des PS, HSH et Détenus ;
- fournir les données de base en vue de renseigner les indicateurs dans le cadre du système de surveillance de seconde génération, pour les PS, HSH et Détenus.

### **3. METHODOLOGIE**

#### **3.1. CADRE DE L'ETUDE**

##### **3.1.1. CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES ET DE LA POPULATION DE LA REPUBLIQUE DU CONGO**

- **Caractéristiques géographiques**

La République du Congo est un pays d'Afrique centrale ayant une superficie de 342.000 km<sup>2</sup>, limité au nord par la République centrafricaine et le Cameroun, au sud par l'enclave angolaise du Cabinda, à l'est par la République Démocratique du Congo (RDC) et à l'Ouest par le Gabon et l'océan atlantique (Figure 2).

La végétation du Congo est principalement constituée de savane et de forêt ; cette dernière couvrant les 3/5<sup>ème</sup> du territoire. Le réseau hydrographique, très dense, se répartit sur deux bassins fluviaux : le bassin du Congo (fleuve Congo et ses affluents : Oubangui, Likouala, Sangha, Alima, Djoué), et le bassin du Kouilou-Niari (Kouilou et ses affluents : Bouenza, Loutété). Le relief du Congo est constitué de collines, de plateaux et de montagnes de moyenne altitude. Les terres cultivables s'étendent sur une superficie de 10 millions d'hectares, dont seulement 2% sont cultivées.

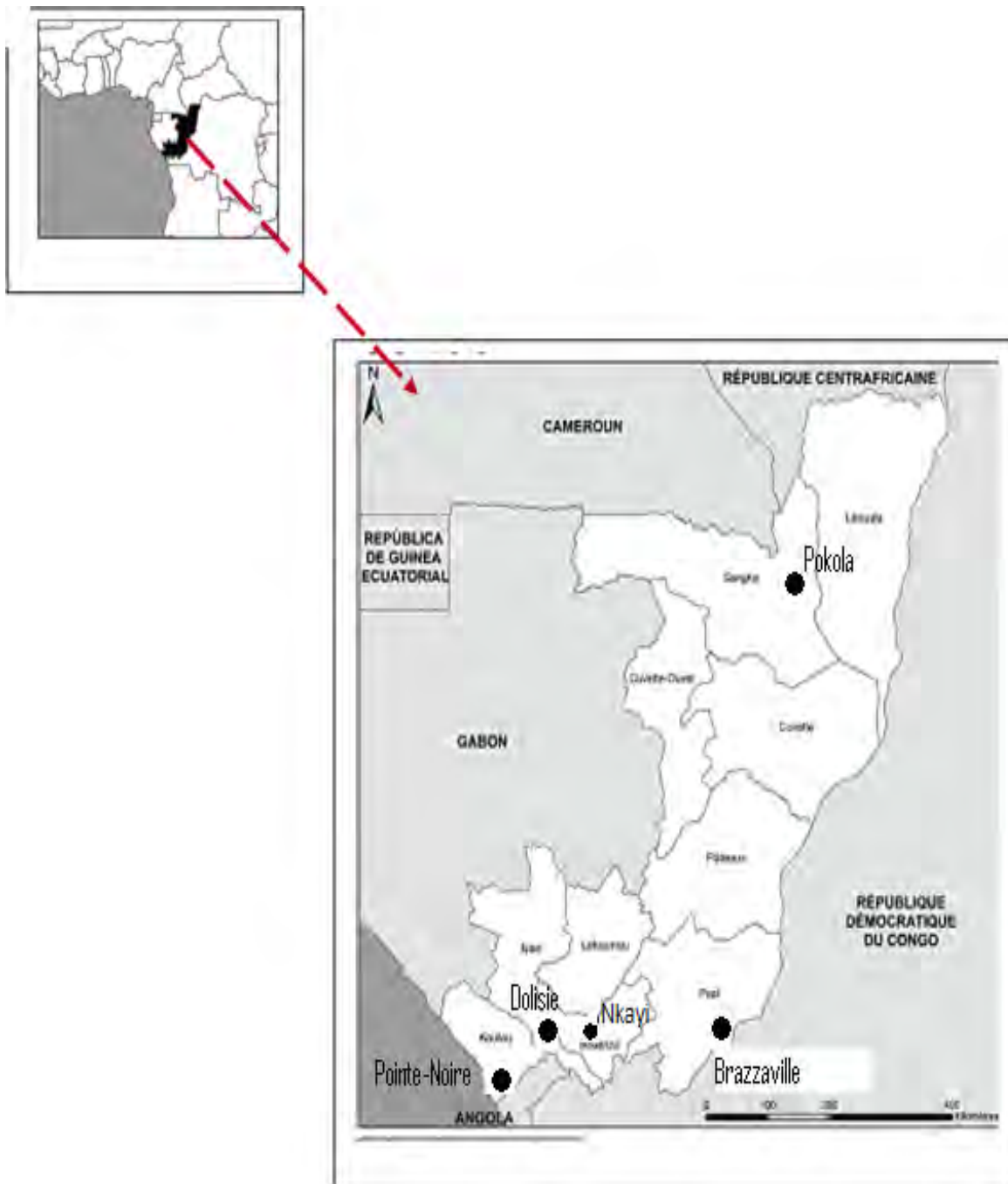


Figure 2: Carte de la République du Congo

- **Caractéristiques démographiques**

D'après les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2007[11], la population du Congo est estimée à 3.697.490 habitants avec une densité moyenne de 10,4 habitants/km<sup>2</sup>. Cette population est concentrée dans

les deux principales villes (56%), et majoritairement féminine (51%). Le tableau 1 présente la répartition de la population par département et par sexe.

*Tableau 1: Répartition de la population du Congo par département et par sexe*

Département	Hommes	Femmes	Total	%
Kouilou	46.976	44.979	91.955	2%
Niari	112.942	118.329	231.271	6%
Lekoumou	45.877	50.516	96.393	3%
Bouenza	148.523	160.550	309.073	8%
Pool	115.026	121.569	236.595	6%
Plateaux	84.446	90.145	174.591	5%
Cuvette	76.373	79.671	156.044	4%
Cuvette Ouest	35.538	37.461	72.999	2%
Sangha	42,992	42.746	85.738	2%
Likouala	76.850	77.265	154.115	4%
Brazzaville	677.599	695.783	1.373.382	37%
Pointe-Noire	358.215	357.119	715.334	19%
<b>Total</b>	<b>1.821.357</b>	<b>1.876.133</b>	<b>3.697.490</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>49%</b>	<b>51%</b>		

Source : RGPH 2007 [11]

La population âgée de 15 ans et plus, ciblée par le programme de marketing social du préservatif, représente 61% du total de la population.

L'espérance de vie à la naissance était estimée en 2009 à 55 ans [12]. Le taux de natalité est estimé à 44‰. Ce qui induit un taux de croissance démographique annuel de 2,9%. Une telle évolution démographique peut s'accompagner d'une forte exposition au risque VIH et induit des besoins d'utilisation du préservatif tant comme contraceptif que comme moyen de prévention de l'infection à VIH.

- **Caractéristiques socio-économiques**

L'indice de développement humain en 2010 du Congo est de 0,489, le classant au 129<sup>ème</sup> rang sur 169 pays [13]. Le Produit National Brut (PNB) per capita du Congo en 2010 était de 2 310 \$ US [14]. La moitié de la population congolaise (50,7%) vit en dessous du seuil de pauvreté, avec moins d'un dollar par jour [14]. C'est cette population qui peut avoir des problèmes d'accès au préservatif vendu dans le commerce, qui est particulièrement ciblée par le programme de marketing social du préservatif.

Cette forte proportion de population vivant en dessous du seuil de pauvreté s'explique, en partie par une situation de l'emploi caractérisée par :

- un fort taux de chômage des jeunes, environ 40%, (alors que le taux de chômage général est de l'ordre de 19,4%) ;
- une forte inadéquation entre l'offre et la demande de travail;
- la prédominance du secteur informel qui concentre le plus grand nombre d'actifs occupés (78%), ainsi que le plus important effectif de pauvres du pays (83%) [15].

### **3.1.2. HISTORIQUE ET ORGANISATION DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH ET AU SIDA [5]**

La République du Congo a été l'un des premiers pays d'Afrique subsaharienne à reconnaître officiellement l'épidémie du Sida. Après la découverte des premiers cas de Sida en 1983, le Congo avait mis en place dès 1985 un Comité de Diagnostic et Prise en charge de l'infection à VIH. Ce Comité a été transformé en Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) en 1987. De 1987 à 1997, le PNLS a organisé la réponse nationale au VIH et au Sida avec un plan d'urgence et un plan à moyen terme. Au terme de la mise en œuvre de ces différents plans, le PNLS a obtenu d'importants résultats comme l'organisation de plusieurs campagnes de sensibilisation, la création à Brazzaville du premier Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) des personnes vivant avec le VIH d'Afrique, la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique.

Les guerres successives que le Congo a connues entre 1997 et 1999 ont ralenti les



efforts nationaux en matière de lutte contre cette pandémie.

En vue de procéder à la relance de la réponse nationale au VIH, le Congo a initié en 2002 un processus de planification stratégique qui a abouti à la réalisation d'une analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH, et à l'élaboration d'un Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour la période 2003-2007 (CSN 2003-2007).

Tirant les leçons des faiblesses de la réponse nationale, le cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2003-2007 a proposé la mise en place d'un Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) en tant qu'organe multisectoriel d'orientation et de coordination de la réponse nationale de lutte contre le VIH et le Sida. Pour marquer l'engagement des autorités congolaises au plus haut niveau dans la lutte contre cette pandémie, le CNLS a été placé sous la très haute autorité du Président de la République.

Installé officiellement le 14 Juillet 2003, le CNLS a assuré, de 2003 à 2007, la coordination de la réponse nationale au VIH et au Sida avec l'appui des partenaires au développement, avec comme partenaires opérationnels les structures centrales et décentralisées des ministères, la société civile et le secteur privé.

La République du Congo s'est doté d'un nouveau Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH et le Sida (CSN) couvrant la période 2009-2013 [5].

Le cadre institutionnel de mise en œuvre du CSN 2009-2013 [5] est structuré de la manière suivante :

**Organe d'orientation et de décisions :**

- Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) : organe multisectorielle et pluridisciplinaire d'orientation, de décision et de coordination de la réponse nationale au VIH, au Sida et IST. Présidé par le Président de la République, le CNLS se réunit en Assemblée Générale une fois l'an. Entre les sessions de l'Assemblée Générale, le suivi de la mise en œuvre des décisions de l'Assemblée générale est assuré par le Comité de pilotage, présidé par Ministre en charge de la santé.

- Le Conseil Départemental de Lutte contre le Sida (CDLS) : qui constitue le démembrement du CNLS au niveau de chaque département, avec pour mission d'assurer la coordination de la réponse au VIH au niveau du département concerné. Les CDLS ont été mis en place au niveau des 12 départements du pays.

### **Organes de coordination**

- Le Secrétariat Exécutif Permanent (SEP) du CNLS : qui est l'organe technique permanent du CNLS, chargé d'assurer la coordination de l'ensemble des activités se rapportant à la lutte contre le Sida, et d'apporter un appui technique aux structures d'exécution.
- Les Unités de Lutte contre le Sida (ULS) des Ministères : qui sont les structures de coordination de la lutte contre le Sida au sein d'un ministère. En fin 2008, outre le Ministère en charge de la santé, 14 autres ministères disposaient d'une ULS fonctionnelle.
- Les Unités Départementales de Lutte contre le Sida (UDLS) : qui constituent les organes permanents et techniques des CDLS. Elles sont chargées d'assurer, sous l'autorité du Préfet de chaque département, la coordination au quotidienne de la réponse au VIH et au Sida de chacun des 12 Départements du pays ainsi que l'appui technique aux structures d'exécution.
- Les réseaux d'organisations de la société civile : 3 réseaux sont fonctionnels notamment le Forum des ONG de Lutte contre le Sida au Congo (FOSIC), le Réseau National des Associations de Personnes vivant avec le VIH (RENAPC), la Coordination des Confessions Religieuses contre le Sida (COREC-Sida).

### **Organes d'exécution :**

Les organes d'exécution sont les directions/services des ministères, les formations sanitaires fournissant les services VIH, les organisations de la société civile, les entreprises mettant en œuvre des politiques interne de lutte contre le Sida sur le lieu du travail.

### **3.1.3. ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA AUPRES DES PS, HSH ET DETENUS**

Dans le cadre de la mise en œuvre des cadres stratégiques nationaux de lutte contre le Sida successifs, le SEP/CNLS appuie les initiatives relatives à la lutte contre le Sida dans les groupes de populations les plus exposées, en particulier chez les PS, HSH et Détenus. Ces initiatives prennent en compte les services de communication pour le changement de comportement, de promotion et distribution des préservatifs masculins et féminins, de promotion du dépistage volontaire et des autres services VIH.

Les initiatives de lutte contre le Sida chez les travailleuses du sexe sont mises en œuvre dans les villes où ce groupe de population est présent et a été identifié parmi les groupes les plus exposés. Il s'agit notamment des villes de Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, Nkayi, Ouessou et Pokola.

Les HSH sont présents exclusivement dans les deux principales villes du pays : Brazzaville et Pointe-Noire. Les initiatives de prévention du VIH chez les HSH sont ainsi mises en œuvre dans ces deux villes.

Les établissements pénitentiaires sont fonctionnels dans 7 localités du pays : Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, Sibiti, Djambala, Owando et Madingou.

### **3.2. TYPE D'ETUDE**

Il s'est agi d'une enquête épidémiologique transversale et descriptive. Elle s'est appuyée sur l'utilisation des méthodes de surveillance comportementale et biologiques usuelles dans le cadre de la surveillance de deuxième génération du VIH selon les recommandations de l'ONUSIDA et de l'OMS

### **3.3. DEFINITION DE LA POPULATION DE L'ETUDE**

Les populations des 5 villes concernées par cette étude sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Répartition de la population des villes concernées par l'enquête

Villes	Départements	Hommes	Femmes	Total
Brazzaville	Brazzaville	677 599	695 783	1 373 382
Pointe-Noire	Pointe-Noire	358 215	357 119	715 334
Dolisie	Niari	41 303	42 495	83 798
Nkayi	Bouénza	35 062	36 558	71 620
Pokola	Sangha	5 440	5 025	10 465
Ouesso*		14 040	14 139	28 179

(\*) les populations migrent souvent entre Pokola et Ouesso.

Les définitions des groupes de populations telles que utilisées dans cette enquête sont les suivantes :

- **les professionnelles du sexe** : adultes ou jeunes de sexe féminin qui recevant des biens en échange de services sexuels, soit régulièrement soit occasionnellement, et qui peuvent ou non définir consciemment ces activités comme génératrices de revenus [16].
- **les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** : toute personne de sexe masculin ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes indépendamment du fait qu'il soit homosexuel ou bisexuel [3]
- **les détenus** : tout adulte de plus de 15 ans incarcéré dans un établissement pénitentiaire pour une raison ou une autre.

### 3.4. ECHANTILLONNAGE

#### 34.1. PROFESSIONNELLES DU SEXE

L'enquête a été réalisée sur un échantillon représentatif de la population des PS des 5 villes où celles-ci ont été identifiées parmi les groupes majeurs les plus exposés au risque d'infection à VIH : Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, Nkayi et Pokola.

Le protocole d'échantillonnage a suivi les étapes suivantes :

## **a) Constitution de la base de sondage**

Une cartographie des sites de prostitution a été établie dans chacune des 5 villes concernées par l'enquête. Les enquêteurs recrutés dans chaque ville, ont procédé au repérage des sites de prostitution dans chaque ville. Deux catégories de sites ont été distinguées :

- les sites de prostitution fixe : endroits où les professionnelles du sexe vivent et reçoivent leurs clients ;
- les sites de prostitution mobile : endroits où les professionnelles du sexe viennent proposer les prestations sexuelles, sans être leur lieu de résidence.

Pour le repérage des sites, les enquêteurs de chaque ville ont été répartis par zone. Ceux-ci ont organisé des marchent communautaires à différents moments de la journée, des entretiens avec des informateurs clés ( gestionnaire de bars, Disc-Jockey de boites de nuits, responsables de quartiers, responsables de la police, jeunes, travailleuses du sexe trouvées au niveau de chaque site). Ces entretiens avaient pour but d'établir la liste des sites de prostitution selon les catégories. Les enquêteurs ont effectué trois passages au niveau de chaque site en vue de dénombrer les PS fréquentant ledit site. Au terme de ce repérage, une cartographie des sites de prostitution de chaque ville a été établie. Le tableau 3 présente la répartition des sites et du nombre estimé de professionnelles du sexe au niveau de chaque ville.

Tableau 3 : Répartition des sites et du nombre estimé de professionnelles du sexe par ville

Ville	Arrondissement	Nombre total de sites			Nombre total de PS		
		Sites fixes	Sites mobiles	Total	Sites fixes	Sites mobiles	Total
	Makélé-Kélé	3	9	12	41	89	130
	Bacongo	6	7	13	119	51	170
	Poto-Poto	24	25	49	240	220	460
<b>Brazzaville</b>	Moungali	12	3	15	142	14	156
	Ouenzé	7	6	13	77	45	122
	Talangai	6	5	11	51	37	88
	Mfilou	-	4	4	-	27	27
	<b>Sous-Total Brazzaville</b>	<b>58</b>	<b>59</b>	<b>117</b>	<b>670</b>	<b>483</b>	<b>1 153</b>
	Lumumba	-	49	49	-	442	442
<b>Pointe-Noire</b>	Mvou-Mvou	5	36	41	80	447	527
	Tié-Tié	3	25	28	40	250	290
	Loandjili	4	24	28	60	244	304
	<b>Sous-Total Pointe-Noire</b>	<b>12</b>	<b>134</b>	<b>146</b>	<b>180</b>	<b>1 383</b>	<b>1 563</b>
<b>Dolisie</b>		13	9	22	54	39	93
<b>Pokola</b>		6	3	9	180	145	325
<b>Nkayi</b>		-	3	3	-	79	79
	<b>Sous-total autres localités</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>34</b>	<b>234</b>	<b>263</b>	<b>497</b>
	<b>Total général</b>	<b>89</b>	<b>208</b>	<b>297</b>	<b>1 084</b>	<b>2 129</b>	<b>3 213</b>

### b) Estimation de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la formule suivante :

$$[n = z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p) / e^2] \cdot d.$$

$z_{\alpha}$  : écart-réduit au risque  $\alpha=5\%$  ;

$e$  : marge d'erreur qui est fixée à 0,05,

p : prévalence estimée de l'infection à VIH chez les PS ;

d : pas de sondage.

En l'absence de données, la prévalence du VIH chez les PS a été estimée à partir de la prévalence nationale du VIH chez les 15-49 ans de l'ESIS 2009 [6]. A cet effet le ratio « prévalence du VIH chez les PS/Prévalence du VIH chez les adultes de 15-49 ans » à partir des données des pays de la sous-région Afrique centrale ayant le même profil épidémiologique que le Congo. Le tableau 4 présente l'estimation de ce ratio à partir des données du Gabon, du Cameroun et du Tchad publiées dans le rapport sur l'épidémie du Sida 2010 de l'ONUSIDA [1].

*Tableau 4 : Comparaison des prévalences du VIH chez les professionnelles du sexe et les adultes de 15-49 ans dans trois pays de l'Afrique centrale*

<b>Pays</b>	<b>Prévalence du VIH chez les PS</b>	<b>Prévalence VIH chez les 15-49 ans</b>	<b>Ratio Prévalence chez les PS/Prévalence chez les 15-49 ans</b>
Cameroun	35,50%	5,30%	6,70
Gabon	23,60%	3,40%	6,94
Tchad	20,00%	5,20%	3,85
<b>Moyenne ratio</b>			<b>5,83</b>

La prévalence du VIH chez les 15-49 ans étant de 3,2%, celle chez les PS, en considérant la moyenne du ratio « Prévalence du VIH chez les PS/Prévalence du VIH chez les 15-49 ans » de trois pays de la sous-région Afrique centrale, a été estimée à 18,7%.

Sur la base de cette prévalence estimée, en considérant un pas de sondage de 3 et en prenant en compte un taux prévisionnel de refus de 20%, la taille de l'échantillon est estimée à 683.

### **c) Tirage de l'échantillon**

L'échantillon de l'étude a été constitué par sondage aléatoire stratifié. Les strates de premier niveau ont été représentées par chaque ville (Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, Nkayi et Pokola). Les strates de second niveau ont été représentées par les

catégories de sites: sites de prostitution fixe et sites de prostitution mobile. Les unités de tirage dans chaque strate de deuxième niveau ont été représentées par les sites de prostitution. Le total de sites nécessaires pour atteindre la taille estimée de l'échantillon, a été calculé en prenant en compte le nombre moyen de PS par siteselon les résultats de la cartographie, soit 11. Ainsi le nombre total de sites nécessaires pour atteindre la taille de l'échantillon a été estimé à 62. Le tableau 5 présente la répartition des sites par villes et par catégorie conformément à la distribution de ces variables dans l'ensemble de la population.

*Tableau 5 : Répartition des sites de prostitution de l'échantillon des professionnelles du sexe par ville*

Villes	Nombre de sites		
	Total	Dont Sites fixes	Dont Sites mobiles
Brazzaville	25	12	13
Pointe-Noire	30	3	27
Dolisie	4	2	2
Pokola	2	1	1
Nkayi	1	0	1
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>18</b>	<b>44</b>

Le tirage au sort des sites par ville et par catégorie de site a été faite, à partir de la liste des sites figurant dans la cartographie, en utilisant la fonction ALEA.ENTRE.BORNES de Excel sous Windows 7.

Dans chaque site sélectionné, la participation à l'enquête a été proposée à toutes les PS fréquentant le site.

### **3.4.2. HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES**

L'enquête a été réalisée sur un échantillon représentatif de la population des HSH du pays, notamment des deux principales villes (Brazzaville et Pointe-Noire).

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la même formule que pour les PS.



En l'absence de données, la prévalence du VIH chez les HSH a été estimée à partir de la prévalence nationale du VIH chez les 15-49 ans de l'ESIS 2009 [5]. A cet effet, le « ratio prévalence du VIH chez les PS/Prévalence du VIH chez les adultes de 15-49 ans » obtenu à partir des données du Nigéria (seul pays de la région Afrique de l'Ouest et du centre ayant une épidémie de type généralisée pour lequel les données sur la prévalence du VIH chez les HSH ont été publiées dans le rapport sur l'épidémie du Sida 2009 de l'ONUSIDA) [1]. Le ratio « prévalence du VIH chez les HSH/Prévalence du VIH chez les adultes de 15-49 ans » a ainsi été de 3,55 (13,5%/3,8%).

En prenant en compte, la prévalence du VIH chez les 15-49 ans étant de 3,2%, celle chez les HSH a ainsi été estimée à 11,4%.

Compte tenu de la taille relativement faible de la population des HSH au Congo, un facteur de correction a été pris en compte. Ainsi, la taille corrigée de l'échantillon ( $n'$ ) a été calculée en utilisant la formule suivante :  $n' = n \cdot N / (n + N)$  ;  $n$  étant la taille de la population calculée à partir de la formule utilisée avec les PS, et  $N$  la taille de l'ensemble de la population des HSH.

Sur la base de cette prévalence estimée du VIH chez les HSH, en considérant un pas de sondage de 3 et en prenant en compte un taux prévisionnel de refus de 20%, la taille  $n$  a été estimée à 170.

Pour la taille de l'ensemble de la population des HSH, un travail de repérage des différents réseaux des HSH existant dans les deux villes a été effectué par les enquêteurs chargés de la collecte des données dans ce groupe. Dans chaque réseau existant des entretiens ont été organisés avec les leaders de chaque réseau et les responsables des lieux de rencontre afin d'estimer le nombre de HSH appartenant à chaque réseau. Ainsi, le nombre total d'HSH a été estimé à 400..

La taille ajustée de l'échantillon a été estimée à 169 dont 76 à Brazzaville et 93 à Pointe-Noire.

La méthode d'échantillonnage ciblé (en boule de neige) a été utilisée pour l'inclusion des HSH dans l'échantillon. Ainsi, à partir d'entretiens avec des informateurs clés, les premiers HSH ont été identifiés dans chaque réseau ; le concours de ceux-ci a été

mis à contribution pour atteindre d'autres HSH, au fur et à mesure, jusqu'à concurrence de la taille de l'échantillon.

### 3.4.3. DETENUS

L'enquête a été réalisée au niveau des établissements pénitentiaires fonctionnels ayant plus de 50 détenus. Le tableau suivant présente la population carcérale des adultes de plus de 15 ans au 30 septembre 2011 selon les données de l'administration pénitentiaire :

*Tableau 6 : Répartition des détenus par établissements pénitentiaires au 30 septembre 2011*

<b>Etablissements pénitentiaires</b>	<b>Nombre de détenus</b>
Brazzaville	591
Pointe-Noire	231
Sibiti	20
Djambala	15
Owando	25
Dolisie	29
Madingou	36

Seuls les établissements pénitentiaires de Brazzaville et Pointe-Noire qui abritent 87% des détenus ont été concernés par l'étude. La taille de la population des détenus dans les deux établissements pénitentiaires a donc été de 822 détenus (dont 591 à Brazzaville, soit 72%).

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la même formule que pour les PS.

En l'absence de données spécifiques sur la prévalence du VIH chez les détenus, nous avons utilisé comme  $p$ , la prévalence du VIH chez les hommes de 15-49 ans selon l'ESIS 2009. Cette prévalence est de 2,1%. Compte-tenu de la faible taille de l'ensemble de la population des détenus, nous avons pris en compte un facteur de correction. Ainsi, la taille de l'échantillon nécessaire, au risque  $\alpha=5\%$ , ajusté en prenant en compte le facteur de correction :  $n' = N*n/N+n$  ;  $N$  = taille de la population

(822) et n la taille calculée à partir de la formule utilisée pour les PS (111). Sur cette base, en prenant en compte un taux de refus de 20%, la taille de l'échantillon a été estimée de 100 dont 72 à Brazza et 28 à Pointe-Noire.

L'échantillon de l'étude a été constitué par sondage systématique. En prenant en compte la population carcérale et la taille de l'échantillon, le pas de sondage (pour le tirage) a été de 8.

Pour chacun des deux établissements pénitentiaires, une liste des détenus présents à la date de l'enquête a été établie par l'administration pénitentiaire. Le numéro du premier détenu à inclure dans l'échantillon a été tiré au sort parmi ceux allant de 1 à 8 (en utilisant la fonction ALEA.ENTRE.BORNES d'Excel sous Windows 7). Les autres détenus à inclure dans l'échantillon ont été déterminés sur la liste des détenus de l'établissement en ajoutant 8 au numéro précédent.

### **3.5. CRITERES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION**

#### **3.5.1. CRITERES D'INCLUSION**

Les critères d'inclusions dans l'étude ont été les suivants :

##### **Pour les PS :**

- Etre une femme fréquentant les sites sélectionnés, et se reconnaissant professionnelle du sexe ;
- Etre âgé d'au moins 15 ans ;
- Consentir librement à participer à l'enquête.

##### **Pour les HSH :**

- Etre un homme orienté par son pair, se reconnaissant comme homme ayant des rapports sexuels avec les hommes ;
- Etre âgé d'au moins 15 ans ;
- Consentir librement à participer à l'enquête.

### **Pour les Détenus :**

- Etre un détenu à la date de l'enquête ;
- Avoir été tiré au sort au terme du sondage systématique ;
- Etre âgé d'au moins 15 ans ;
- Consentir librement à participer à l'enquête.

### **3. 5.2. CRITERES DE NON INCLUSION**

Dans les trois groupes de population, n'ont pas été inclus, les individus répondant aux critères d'inclusion qui :

- ont affirmé avoir déjà été interviewées dans le cadre de l'étude, sur le même site ou sur un autre site.
- auront accepté d'être interviewé et auront refusé de se soumettre au test de dépistage du VIH.

### **3.6. DEROULEMENT DE L'ENQUETE**

#### **3.6.1. FORMATION ENQUETEURS ET SUPERVISEURS**

La formation des enquêteurs et des superviseurs a eu lieu du 30 janvier au 1er février 2012, soit 3 jours durant, à Brazzaville. La formation a porté sur les objectifs et méthodologie de l'étude, la conduite des opérations de repérage, l'administration du questionnaire individuel, le prélèvement sanguin et la procédure d'acheminement des prélèvements, la prévention et les dispositions de prise en charge des accidents d'exposition au sang.

Au total 33 personnes ont été formées dont 28 enquêteurs et 5 superviseurs. Parmi les 28 enquêteurs, il y avait 7 agents de santé, 14 conseillers et 7 animateurs des ONG.

#### **3.6.2. COLLECTE DE DONNEES**

Elle s'est déroulée en la période du 16 au 25 février 2012.

La collecte de données a été faite à l'aide des questionnaires anonymes et standardisés. Pour chaque population cible, un questionnaire spécifique a été élaboré et utilisé.

Ces questionnaires élaborés en français, ont été traduits, suivant les cas, en différentes langues nationales des localités concernées par l'enquêteur. La forme définitive des questionnaires a été obtenue après un pré-test de chaque questionnaire standard. Au cours de ce pré-test, 6 questionnaires ont été remplies, dont 2 pour les PS, 2 pour les HSH et 2 pour les détenus. Ce pré-test a eu pour but de tester la compréhension, la cohérence, le temps d'admission du questionnaire, l'acceptation du questionnaire et de relever quelques « goulots d'étranglements » ou informations manquantes.

Le pré-test a également permis de vérifier la prise en compte des réalités socioculturelles dans les questionnaires.

Le pré-test des questionnaires PS et HSH s'est déroulé du 23 au 24 novembre 2011, celui des détenus, en raison de l'attente de l'autorisation de l'administration pénitentiaire, s'est réalisé le 17 janvier 2012.

L'issue du pré-test a révélé, de façon générale, l'absence des sauts en certains endroits, quelques problèmes de cohérence dans la succession des questions et a proposé quelques reformulations de certains sous-titres ou sections dans les questionnaires.

La collecte des données a suivi la procédure suivante :

**Pour les PS :**

Une descente de mobilisation des PS a été organisée dans chaque site tiré au sort : chaque PS présente sur le site a reçu une fiche d'invitation à un atelier d'éducation sur le VIH avec en perspective la participation à l'enquête.

Des ateliers d'éducation sur le VIH ont ainsi été organisés par groupe de 20. Au cours de l'atelier, une discussion sur les connaissances de base sur le VIH, l'importance du dépistage volontaire a été organisée. Les objectifs et l'intérêt de

l'étude ont été présentés en insistant sur le prélèvement sanguin. Au terme de l'atelier, les PS ont été invitées à participer à l'enquête.

Les enquêteurs ont par la suite reçues les PS les unes après les autres. Après avoir lu la déclaration de consentement éclairé, le questionnaire a été administré par l'enquêteur à celles qui ont consenti.

Au terme de l'interview, un prélèvement sanguin en vue du test de dépistage du VIH a été effectué à toutes celles qui l'ont accepté. .

Les prélèvements ont été acheminés au LNSP où les tests ont été pratiqués selon le protocole arrêté. Un code à barres pré-imprimé correspondant à un nombre généré au hasard a été collé sur chaque tube de sang ainsi que sur le questionnaire correspondant à la même personne et sur la fiche de transfert des prélèvements. Ce code a été mis à la disposition de l'enquêtée pour permettre le retrait éventuel des résultats.

#### **Pour les HSH :**

L'approche de collecte des données suivi a été la même que pour les PS. Après avoir mobilisé le nombre attendu d'HSH prévu dans l'échantillon de chaque ville, des ateliers d'éducation sur le VIH ont été organisés par groupe de 20. La mobilisation des HSH a été faite au niveau de chaque réseau à travers les relais HSH identifiés dans les deux villes.

#### **Pour les Détenus :**

Après l'accord de l'administration pénitentiaire, des ateliers d'éducation ont été organisés sur le site de l'établissement pénitentiaire concerné, par groupe de 20. Ont été invités aux ateliers, les détenus inclus dans l'échantillon. Le reste de la procédure de collecte a été identique à celle des PS et HSH.

#### **Acceptation de l'interview et du prélèvement par les enquêtés**

L'enquête a été bien acceptée par les membres des trois groupes concernés.

Le nombre de refus a été négligeable dans toutes les localités (3 cas à Dolisie, 6 cas à Nkayi, 1 cas à Pointe-Noire, 2 cas à Pokola et aucun cas mentionné à Brazzaville).

### **3.6.3.TRAITEMENT DES PRELEVEMENTS SANGUINS**

#### **3.6.3.1. Lieu de collecte**

Les prélèvements ont été réalisés au niveau des sites où ont été organisés les ateliers d'éducation sur le VIH.

#### **3.6.3.2. Site de prélèvement**

Les tubes de type Vacutainer® avec EDTA comme anticoagulant ont été utilisés comme support pour les prélèvements de sang au niveau des sites de collecte des échantillons. Environ 5 ml de sang total ont été prélevés à chaque sujet au niveau du pli du coude.

Les prélèvements ont été réalisés par un agent de santé.

A la fin du prélèvement, un tampon hémostatique était placé à la place de la piqûre afin de réduire tout risque infectieux. Tout le matériel utilisé pour le prélèvement a été à usage unique.

#### **3.6.3.3. Transport des prélèvements**

Afin de garantir l'intégrité de l'ensemble des prélèvements obtenus, des dispositions ont été prises lors du transfert de ces échantillons des lieux de prélèvement vers le LNSP. En effet, chaque équipe d'enquête a été dotée, en plus des tubes de prélèvement, des gants en latex à usage unique, des gazes stériles mais aussi des tampons alcoolisés de manière à garantir une sécurité maximale pour le participant et l'agent préleveur. Le transfert des prélèvements a été fait quotidiennement vers le LNSP au site de Brazzaville, ou chaque semaine dans le cas des sites d'enquête situés hors de Brazzaville.

A l'arrivée des prélèvements au laboratoire, les tubes ont été décantés au LNSP pour les échantillons obtenus à Brazzaville ou dans un laboratoire d'un centre de santé du site de l'enquête pour les autres villes. La conservation a été faite dans un réfrigérateur (+4°C) ou idéalement dans le congélateur (-20° ou -80°C) de manière à garantir le plus longtemps possible l'intégrité des échantillons. L'expédition des prélèvements vers le LNSP a été une fois par semaine tout au long de la période de l'enquête pour les localités hors de Brazzaville.

Les échantillons qui ont été sélectionnés pour le contrôle de qualité, ont été transmis au CNTS (ou à un laboratoire extérieur), en observant les mêmes règles de sécurité comme décrites ci-dessus, accompagnés d'une fiche de transfert.

#### 3.6.3.4. Analyse des échantillons au LNSP

Au LNSP, les analyses sérologiques ont été faites suivant le protocole présenté dans la figure 3 :

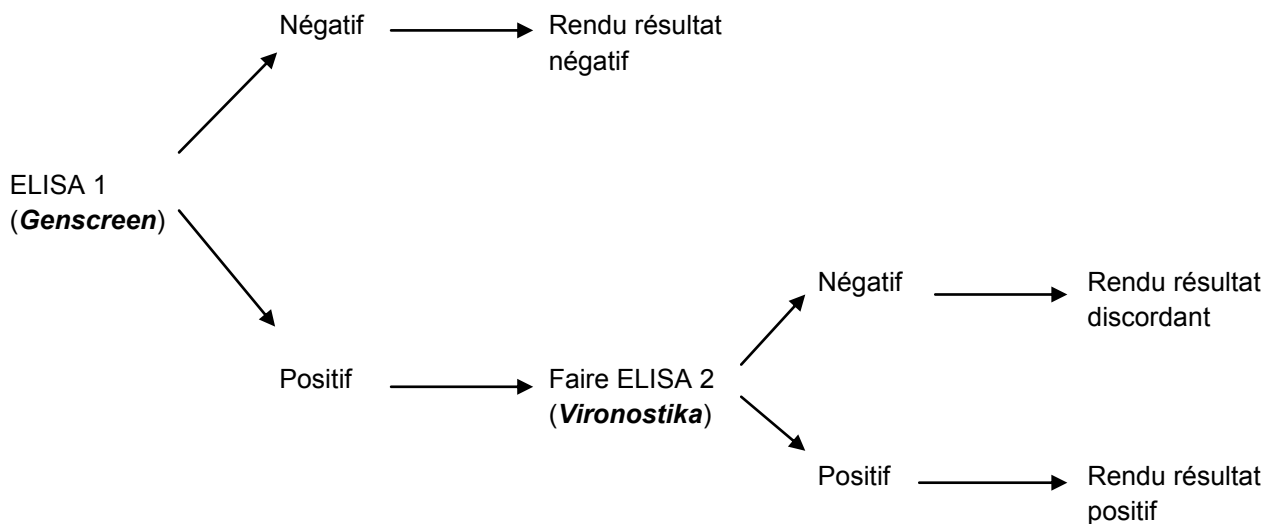


Figure 3: Algorithme de dépistage du VIH

#### 3.6.3.5. Contrôle de qualité des analyses

Le contrôle de qualité a été réalisé au niveau du Centre National de Transfusion sanguine (CNTS) sur un échantillon constitué de 100% des prélèvements VIH positifs et 10% des prélèvements VIH négatifs à partir des tests pratiqués au niveau du LNSP.

Un total de 222 prélèvements dont 102 VIH Positifs et 120 VIH négatifs ont été soumis au contrôle de qualité. Le tableau 7 présente la comparaison des résultats des prélèvements de sang qui ont fait l'objet du contrôle de qualité.



Tableau 7 : Comparaison des résultats de l'échantillon des prélèvements ayant fait l'objet du contrôle de qualité

		CNTS		
		VIH Négatifs	VIH Positifs	Total
	<b>VIH Négatifs</b>	119	1	120
<b>LNSP</b>	<b>VIH Positif</b>	0	102	102
	<b>Total</b>	119	103	222

La concordance observée ( $P_o$ ) a donc été de 0,995. La concordance aléatoire ( $P_c$ ) a été de 0,503.

Le Coefficient de Kappa  $[(P_o - P_c) / (1 - P_c)]$  a été de 0,991 correspond à un accord très bon entre le LNSP et le CNTS.

### 3.7. CONSIDERATIONS ETHIQUES

#### 3.7.1. CONSENTEMENT ECLAIRE

L'étude a été menée en fonction des usages et réglementations en vigueur en République du Congo.

Il a été demandé à tous les individus éligibles à l'étude de fournir un consentement éclairé autorisant l'interview et le prélèvement sanguin. Pour ce faire, une déclaration résumant les objectifs de l'enquête a été lue à chaque individu, en français ou en lingala et kituba. En plus de la déclaration formelle de consentement volontaire éclairé, les enquêtés ont eu la possibilité de poser des questions concernant l'enquête et avant de décider de participer ou non à l'enquête. L'enquêteur a enregistré la réponse de chaque enquêté sur le questionnaire et a signé ledit questionnaire pour attester qu'il a bien lu le consentement et que la décision enregistrée sur le questionnaire est bien celle de l'enquêté.

Les interviews ont été conduites en privé pour s'assurer du respect de la confidentialité des informations données par la personne interviewée. Celle-ci a été informée du caractère confidentiel des réponses qu'elle était amenée à fournir dans le cadre de l'enquête. Par ailleurs, au cours de la formation des enquêteurs l'accent

a été mis sur l'importance du respect des règles de confidentialité, afin que les informations fournies par les interviewé(e)s ne soient pas divulguées.

La clearance du Comité d'éthique pour la recherche en sciences de la santé (CERSSA) de la République du Congo sur le protocole de l'étude a été sollicitée et obtenue en date du 18 janvier 2011.

### **3.7.2. AVANTAGES POUR LES ENQUETES**

Aucune rétribution n'a été fournie aux enquêtés au titre de leur participation à l'enquête. Une brochure sur le préservatif féminin et des spécimens de préservatifs masculins et féminins ont été remis aux PS et HSH. Pour les détenus, les spécimens de préservatifs ont été remplacés par un kit d'hygiène (Rasoirs, lames, brosse à dent).

### **3.7.3. RISQUES POUR LES ENQUETES**

Les risques associés à la procédure de prélèvement du sang ont été considérés comme minimes. La zone de prélèvement du sang a été complètement nettoyée avec une gaze pré-imprégnée d'alcool avant la piqûre. La piqûre a été effectuée en utilisant une seringue stérile, à usage unique. Le flux de sang a été arrêté par pression sur l'endroit de la piqûre avec une compresse de gaze. Après l'arrêt du saignement, la zone a été protégée de l'infection par un sparadrap. Des agents de santé travaillant au laboratoire national et dans les centres de dépistage volontaire ont été utilisés pour effectuer les prélèvements. Ceux-ci ont participé à un atelier de recyclage sur la procédure de prélèvement et les précautions universelles à observer pour éviter la transmission d'agents pathogènes par le sang.

Dès qu'un prélèvement était effectué, l'enquêteur mettait les gants, les tampons d'alcool et tous les instruments contaminés par le sang dans un petit sac plastique. Dès que possible ces petits sacs en plastique ont été transférés dans de grands sacs spéciaux pour produits bio-dangereux fournis spécialement à cet effet. Ces sacs et leur contenu ont été conservés dans un endroit auquel n'ont pas accès les personnes étrangères à l'enquête et ont été éliminés en fin de travail dans chaque ville en les déposant dans l'établissement de santé le plus proche disposant de moyens adéquats pour les détruire. Dans le cas où la zone d'enquête ne disposait

pas d'un tel établissement,, le chef d'équipe procédait à la destruction par le feu des sacs et les déchets restants étaient enterrés.

L'anonymat de chaque volontaire participant à l'étude a été garanti par l'attribution d'un code. Aucune information permettant l'identification des personnes n'a figuré sur les instruments de collecte, ni n'ont été communiquée à des tiers.

### **3.8. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES**

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info 3.5.1.

L'analyse statistique a été effectuée sur la totalité des sujets inclus dans l'étude. Les données manquantes sur certaines variables ont été signalées.

Les méthodes descriptive et analytique ont été utilisées, et ont concerné :

- La répartition de la population étudiée par tranche d'âge ;
- L'analyse uni-variée avec calcul des proportions (avec intervalle de confiance) pour les variables qualitatives, des moyennes (avec écart-type), médianes et modes pour les variables quantitatives;
- L'analyse bi-variée, notamment la comparaison de moyennes observées, et la recherche d'une association entre deux variables.

Nous avons utilisé, suivant leurs conditions d'application respectives :

- le test T de Student pour la comparaison des moyennes observées,
- le test U suivant la normale centrale réduite pour la comparaison des proportions.
- le test du  $\chi^2$  de Pearson pour la comparaison des proportions (si les deux variables sont binaires) et comme test d'indépendance. Nous avons calculé l'odds ratio chaque fois que le  $\chi^2$  était supérieur au seuil, afin de mesurer la force de l'association.

L'ensemble des analyses a été effectué en situation bilatérale ou unilatérale selon les cas, au seuil  $\alpha$  de 5 %. Les intervalles de confiance ont été définis à 95 %.

Nous avons utilisé Excel 2007 pour la présentation de certaines données sous-forme de graphique.

### **3.9. DIFFICULTES RENCONTREES**

Les difficultés rencontrées :

- le questionnaire était relativement long obligeant parfois à accélérer son administration, particulièrement pour le groupe des PS ;
- l'impossibilité de distribuer des préservatifs dans les prisons compte-tenu de la réglementation, alors que le besoin était exprimé par les détenus ;
- la réticence des détenus à fournir des informations sur certains aspects liés des pratiques interdites en prison.

## **4. RESULTATS**

### **4.1. GROUPE DES PROFESSIONNELLES DU SEXE**

#### **4.1.1. SUJETS D'ETUDE**

Le nombre total des PS incluses dans l'étude a été de 756. Le tableau 8 présente leur répartition par ville et par type de site.

Tableau 8: Répartition de 756 professionnelles du sexe par ville et par type de sites de prostitution

Villes	Sites mobiles	Sites fixes	Total	%
Brazzaville	154	102	256	33,9%
Pointe-Noire	163	69	232	30,7%
Dolisie	22	70	92	12,2%
Nkayi	69	19	88	11,6%
Pokola	39	49	88	11,6%
<b>Total</b>	<b>447</b>	<b>309</b>	<b>756</b>	<b>100,0%</b>

#### 4.1.2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

##### 4.1.2.1. Age

L'âge moyen des PS était de 28,1±9,2 (extrêmes : 15 ans ; 66 ans). Les âges médiane et modale étaient respectivement de 26 ans et de 28 ans. Le tableau 9 présente la répartition des PS par tranches d'âges.

Tableau 9: Répartition de 756 professionnelles du sexe par tranche d'âge

Tranches d'âge	Effectifs	Fréquences	Fréquences cumulées
15-19 ans	132	17,5%	17,5%
20-24 ans	182	24,0%	41,5%
25-29 ans	179	23,7%	65,2%
30-34 ans	96	12,7%	77,9%
35-39 ans	78	10,3%	88,2%
40-44 ans	35	4,6%	92,8%
45-49 ans	30	4,0%	96,8%
50 ans et plus	24	3,2%	100,0%
<b>Total</b>	<b>756</b>	<b>100,0%</b>	

Les jeunes de moins de 25 ans représentent 41,5% des PS de l'étude.

#### 4.1.2.2. Scolarisation

La proportion des PS qui n'ont jamais été à l'école était de 6,5% (n=10), contre 91,4% de PS (n=691) qui ont été scolarisés. Le tableau 10 présente la répartition des 651 PS scolarisés par niveau d'étude.

*Tableau 10: Répartition de 691 scolarisés par niveau d'études*

Niveau d'étude	Effectifs	%	IC 95%
Primaire	183	26,5%	[23,3% ; 30,0%]
Secondaire	494	71,5%	[67,9% ; 74,8%]
Supérieur	13	1,9%	[1,0% ; 3,3%]
Pas de réponse	1	0,1%	[0,0% ; 0,9%]
<b>Total</b>	<b>691</b>	<b>100,0%</b>	

Un peu plus de deux tiers des PS avait le niveau secondaire (n=494).

#### 4.1.2.3. Nationalité

Plus de la moitié des PS, soit 59,2% (n=448) étaient originaire du Congo-Brazzaville. Le tableau 11 présente la répartition des PS selon la nationalité.

*Tableau 2: Répartition de 756 professionnelles de sexe selon la nationalité*

Nationalité	Effectifs	%	IC 95%
Congo-Brazzaville	448	59,2%	[55,7 ; 62,8]
R.D. Congo	293	38,8%	[35,3 ; 42,3]
Autres nationalités	15	2,0%	[1,2 ; 3,3]
<b>Total</b>	<b>756</b>	<b>100,0%</b>	

#### 4.1.2.4. Consommation d'alcool et de drogues

Le tableau 12 présente la répartition des PS selon la consommation d'alcool et de drogues.

Tableau 3: Répartition de 756 professionnelles du sexe selon la consommation de l'alcool ou des drogues

Consommation alcool ou drogue		Effectifs	%	IC 95%
Consommation de trois bières ou plus tous les jours	Oui	234	31,0%	[27,7 ; 34,4]
	Non	522	69,0%	[65,6 ; 72,3]
Consommation au moins une fois de cannabis ou autres drogues non injectables	Oui	98	13,0%	[10,7 ; 15,6]
	Non	658	87,0%	[84,4 ; 89,3]
Consommation au moins une fois de drogues injectables	Oui	8	1,1%	[0,5 ; 2,2]
	Non	748	98,9%	[97,8 ; 99,5]

Un tiers des PS, soit 31,0% (n=234), ont déclaré avoir consommé au moins trois bières tous les jours, tandis que 13,0% des PS ont déclaré avoir consommé au moins une fois des drogues non-injectables.

La proportion des PS qui ont déclaré avoir déjà consommé au moins une fois une drogue (incluant les injectables et les non-injectables) a été de 14% (n=106)

#### 4.1.2.5. Situation matrimoniale

La proportion des PS qui n'ont jamais été mariées était de 50,9% (n=385).

Au total 371 PS ont déjà été mariées, soit 49,1%. L'âge moyen du premier mariage était de 19,5±4,4 ans (extrêmes : 13 ; 39 ans).

Le tableau 13 représente la répartition des PS ayant déjà été mariées selon leur situation matrimoniale au moment de l'enquête.

*Tableau 4: Répartition de 371 professionnelles du sexe selon la situation matrimoniale*

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
Mariée et vivant avec époux	21	5,7%	[3,6 ; 8,7]
Mariée et vivant avec un autre partenaire sexuel	23	6,2%	[4,1 ; 9,3]
Mariée ne vivant ni avec époux ni avec un autre partenaire sexuel	8	2,2%	[1,0 ; 4,4]
Non-mariée et vivant avec un partenaire sexuel	97	26,1%	[21,8 ; 31,0]
Non mariée et ne vivant pas avec un partenaire	138	37,2%	[32,3 ; 42,4]
Pas de réponse	84	22,6%	[18,6 ; 27,3]
<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>100,0%</b>	

Parmi les 371 PS ayant déclaré avoir déjà été mariée, 37,2% n'étaient plus mariées et ne vivaient pas avec un partenaire sexuel au moment de l'enquête.

#### **4.1.3. HISTOIRE DE VIE DES PROFESSIONNELLES DU SEXE**

##### **4.1.3.1. Age des premiers rapports sexuels**

L'âge moyen des premiers rapports sexuels chez les enquêtées, était de  $15,5 \pm 1,9$  ans (extrêmes : 10 ; 25 ans). Soixante-quinze pour cent des PS avaient eu leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans.



#### 4.1.3.2. Type de prostitution et personnes à charge des professionnelles du sexe

La figure 4 présente la répartition des PS selon le type de prostitution pratiquée.

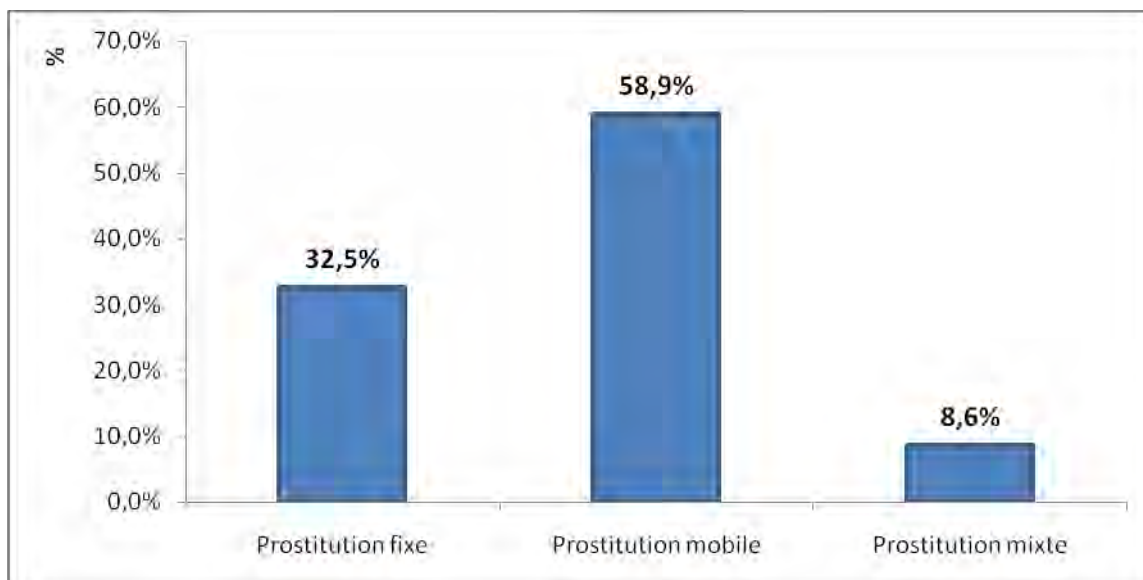


Figure 4: Répartition de 756 professionnelles du sexe selon le type de prostitution pratiquée

La proportion des PS pratiquant la prostitution mobile exclusive étaient de 58,9% (n=445) contre 32,5% (n=246) qui pratiquaient une prostitution fixe exclusive. Le nombre de PS combinant prostitution fixe et mobile était de 65, soit 8,6%.

La proportion des enquêtées qui avaient une activité complémentaire était de 37,3% (n=282).

Parmi les 282 PS ayant une activité complémentaire, 203 exerçaient un petit commerce (88,3%), 61 exerçaient un petit métier (61,1%) et 22 avaient un emploi (28,2%).

La proportion de celles qui étaient le principal soutien financier de leur famille (enfants, parents) était de 68,8% (n=194).

Le nombre moyen de dépendants par enquêtée était de  $3,3 \pm 2,4$  (extrêmes : 1 ; 17).

La médiane du prix de la prestation facturé au dernier client était de 5.000 Frans CFA, (extrêmes : 500 ; 90.000 Francs CFA). Soixante-quinze pour cent des PS ont facturé la dernière prestation sexuelle à 10.000 Francs CFA au plus.

#### **4.1.4. CONNAISSANCES ET ATTITUDES RELATIFS AU VIH ET AU SIDA**

##### **4.1.4.1. Connaissance du VIH et du Sida**

Sur les 756 PS, 728 ont affirmé avoir déjà entendu parler du VIH ou du Sida, soit 96,3% [94,6 ; 97,6].

Parmi les 728 PS qui ont affirmé avoir entendu parler du VIH ou du Sida, 384, soit 52,7% [49,0 ; 56,4], ont affirmé avoir déjà connu quelqu'un qui est infecté par le VIH ou qui est mort du Sida. Il s'agissait d'un parent proche dans 27,0% des cas (n=124) et d'un ami proche dans 40,9% des cas (n=188).

##### **4.1.4.2. Connaissances des modes de transmissions et moyens de prévention l'infection à VIH**

Le tableau 14 présente la répartition des 728 PS ayant affirmé avoir déjà entendu parler du Sida, selon leurs réponses aux questions relatives aux moyens de prévention de l'infection à VIH

*Tableau 14: Répartition de 728 professionnelles du sexe selon leurs réponses aux questions relatives aux moyens de prévention de l'infection à VIH*

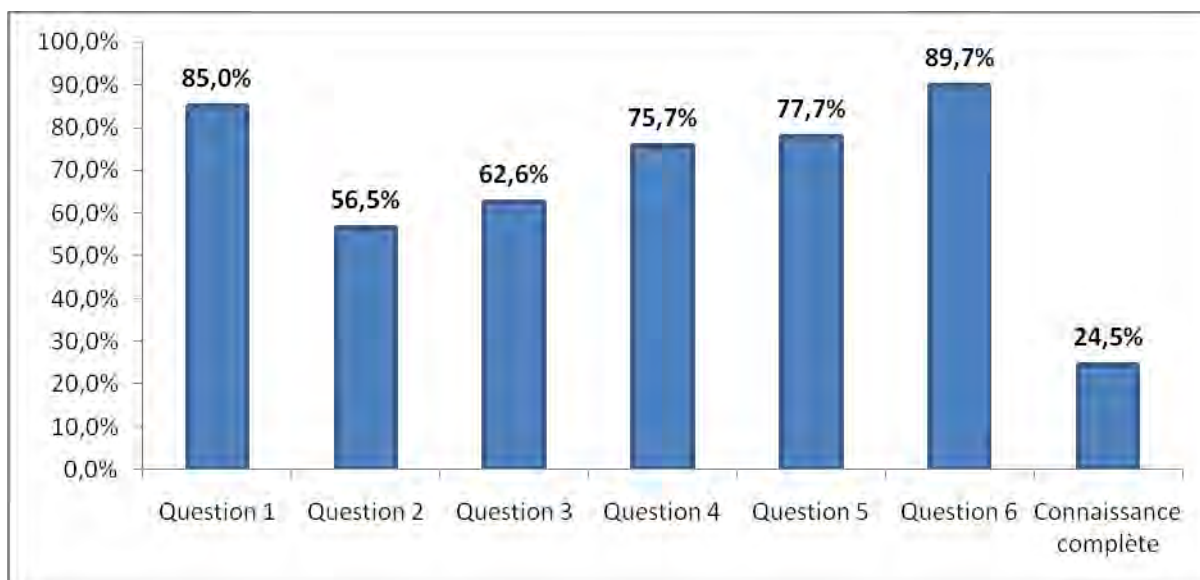
<b>Questions relatives aux modes de transmission et moyens de prévention</b>	<b>Réponse de l'enquêtée</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
Peut-on se protéger contre le VIH, le virus qui cause le SIDA, en utilisant un préservatif de manière correcte et systématique?	Oui	619	85,0%	[82,2 ; 87,5]
Peut-on se protéger contre le VIH en ayant des rapports sexuels exclusivement avec une personne qui est à la fois fidèle et non infectée ?	Oui	411	56,5%	[52,8 ; 60,1]
Peut-on se protéger contre le VIH en s'abstenant de tout rapport sexuel ?	Oui	456	62,6%	[59,0 ; 66,1]
Si une femme enceinte a le VIH ou le SIDA, peut-elle transmettre le virus à l'enfant qu'elle porte ?	Oui	551	75,7%	[72,4 ; 78,7]
Si une femme a le VIH ou le SIDA, peut-elle transmettre le virus à son bébé quand elle l'allaité au sein ?	Oui	566	77,7%	[74,5 ; 80,7]
Peut-on être contaminé(e) par le VIH en partageant l'aiguille d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre?	Oui	653	89,7%	[87,2 ; 91,8]

La protection contre le VIH par le biais de la fidélité exclusive à un partenaire a été la question relative aux connaissances la moins connue (56,5%), suivie de la question sur l'abstinence sexuelle comme moyen de protection contre le VIH (62,6%).

Nous avons considéré comme ayant une connaissance complète, les PS qui ont répondu par « oui » aux six questions relatives aux modes de transmission et aux moyens de prévention.

La proportion des PS ayant une connaissance complète parmi celles qui ont affirmé avoir déjà entendu parler du Sida a été de 24,5% [21,4 ; 27,8] (n=178).

La figure 5 présente une comparaison des pourcentages des PS ayant répondu par « oui » aux six questions sur les modes de transmission et de moyens de prévention, ainsi que celles qui ont des connaissances complètes.



*Figure 5: Variation de la proportion des Professionnelles du sexe ayant répondu par « oui » aux six questions sur les modes de transmission et de moyens de prévention*

Question 1 : Peut-on se protéger contre le VIH, le virus qui cause le SIDA, en utilisant un préservatif de manière correcte et systématique?

Question 2 : Peut-on se protéger contre le VIH en ayant des rapports sexuels exclusivement avec une personne qui est à la fois fidèle et non infectée ?

Question 3 : Peut-on se protéger contre le VIH en s'abstenant de tout rapport sexuel ?

Question 4 : Si une femme enceinte a le VIH ou le SIDA, peut-elle transmettre le virus à l'enfant qu'elle porte ?

Question 5 : Si une femme a le VIH ou le SIDA, peut-elle transmettre le virus à son bébé quand elle l'allait au sein ?

Question 6 : Peut-on être contaminé(e) par le VIH en partageant l'aiguille d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre?

Connaissance complète : Réponse « oui » aux six questions.

#### 4.1.4.3. Conceptions erronées à propos du VIH et du Sida

Le tableau 15 présente la répartition des 728 PS ayant affirmé avoir déjà entendu parler du Sida, selon leurs réponses aux questions relatives aux conceptions erronées à propos du VIH et du Sida.

*Tableau 5: Répartition de 728 professionnelles du sexe selon leurs réponses aux questions relatives aux conceptions erronées à propos du VIH et du Sida*

Questions relatives aux conceptions erronées	Réponse de l'enquêtée	Effectifs	%	IC 95%
Peut-on être contaminé(e) avec leVIH par une piqûre de moustique ?	Oui	297	40,8%	[37,2 ; 44,5]
Peut-on être contaminé(e) par leVIH en partageant un repas avecune personne infectée ?	Oui	80	11,0%	[8,9 ; 13,5]
Pensez-vous qu'une personne paraissant en bonne santé peut, en fait, être infectée par le VIH ?	Non	68	9,3%	[7,4 ; 11,7]

Le fait de croire qu'une piqûre de moustique peut transmettre le VIH a été la conception erronée la plus répandue (40,8%).

La proportion des PS ayant les trois conceptions erronées a été de 0,8% [0,3 ; 1,9] (n=6).

#### 4.1.4.4. Connaissance du préservatif féminin

Au total 268 PS ont affirmé avoir déjà utilisé un préservatif féminin, soit 35,4% [32,1 ; 39,0].

Parmi les 488 PS qui ont affirmé n'avoir jamais utilisé le préservatif féminin, 475 ont affirmé avoir déjà entendu parler du préservatif féminin, soit 97,3% [95,4 ; 98,5].

Le total de PS ont déjà utilisé un préservatif féminin ou en ont entendu parler était de 473, soit 98,3% [97,0 ; 99,0].

Parmi ces 473 PS, 329 ont affirmé connaître un endroit ou une personne pouvant fournir des préservatifs féminins, soit 44,3% [40,7 ; 47,9]. Le tableau 16 présente des PS selon leur connaissance des points de distribution/vente des préservatifs féminins.

*Tableau 6: Répartition de 329 professionnelles du sexe selon leur connaissance des points de distribution/vente des préservatifs féminins*

<b>Point de distribution/vente de préservatifs féminins</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
Boutique/Kiosque	60	18,2%	[14,3% ; 22,9%]
Pharmacie	108	32,8%	[27,8% ; 38,2%]
Marché	17	5,2%	[3,1% ; 8,3%]
Centre de santé	21	6,4%	[4,1% ; 9,7%]
Centre de planning familial	28	8,5%	[5,8% ; 12,2%]
Professionnelle du sexe relais	89	27,1%	[22,4% ; 32,3%]
Bar/Hôtel	3	0,9%	[0,2% ; 2,9%]
Pas de réponse	3	0,9%	[0,2% ; 2,9%]
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100,0%</b>	

La pharmacie et les PS relais ont été les points de distribution des préservatifs féminins les plus cités, respectivement par 32,8% et 27,1% des PS. Les Kiosques et boutiques qui constituent les principaux points de vente des préservatifs masculins du programme de marketing social du préservatif, n'ont été cités que par 18,2% des PS. Seulement 5,2% des PS ont cité les centres de santé comme point de distribution des préservatifs féminins.

#### **4.1.4.5. Test antérieur du VIH**

Parmi les 728 PS ayant affirmé avoir déjà entendu parlé du VIH ou du Sida :

- 530, soit 72,8% [69,4 ; 76,0] ont affirmé qu'il est possible dans leur communauté de passer un test confidentiel pour savoir si l'on est infecté par le VIH ;

- 424, soit 58,2% [54,6 ; 61,8] ont affirmé avoir déjà subi un test du VIH dont 88,7% (n=376) ont affirmé avoir retiré le résultat dudit test.

#### 4.1.5. COMPORTEMENTS ET PRATIQUES SEXUELS EN LIEN AVEC LE VIH ET LE SIDA

##### 4.1.5.1. Types de partenaires sexuels

Nous avons cherché à connaître le nombre de partenaires différents selon qu'il s'agisse d'un client ou d'un partenaire non-payant que chaque PS a eu au cours des 7 derniers jours. Le tableau 17 présente une synthèse des paramètres de description du nombre de partenaires au cours des 7 derniers jours selon le type de partenaire.

*Tableau 7: Paramètres de position relatifs au nombre de partenaires au cours des 7 derniers jours selon le type de partenaire de 756 professionnelles du sexe*

	<b>Moyenne</b>	<b>Ecart-type</b>	<b>Extrêmes</b>	<b>Médiane</b>	<b>Mode</b>
Nombre de Clients	7,9	10,1	0-90	5	8
Nombre de partenaires non payants	0,7	0,9	0-5	1	0

La médiane du nombre de clients que chaque PS a eu au cours des sept derniers jours a été de cinq (extrêmes : 0-90). Le nombre modal de clients au cours des sept derniers jours a été de huit.

La moyenne du nombre des clients au cours des sept derniers jours chez les PS pratiquant une prostitution fixe exclusive n'était pas significativement différente de celle des PS pratiquant une prostitution mobile ou mixte :  $7,2 \pm 7,9$  vs  $7,6 \pm 8,1$  ( $t=0,71$  ;  $p=0,48$ ).

La moitié des PS a eu au plus un partenaire non-payant au cours des sept derniers jours (extrêmes : 0-5). Le nombre modal de partenaires non-payants au cours des sept derniers jours a été de zéro. La moyenne du nombre des partenaires non-payants au cours des sept derniers jours chez les PS pratiquant une prostitution fixe

exclusive n'était pas significativement différente de celle des PS pratiquant une prostitution mobile ou mixte :  $0,74 \pm 0,97$  vs  $0,72 \pm 1,0$  ( $t=0,18$  ;  $p=0,85$ ).

La proportion des PS ayant un seul partenaire non-payant était de 38,6% (n=292) contre 11,9% (n=90) qui ont deux à cinq partenaires non-payants (figure 6).

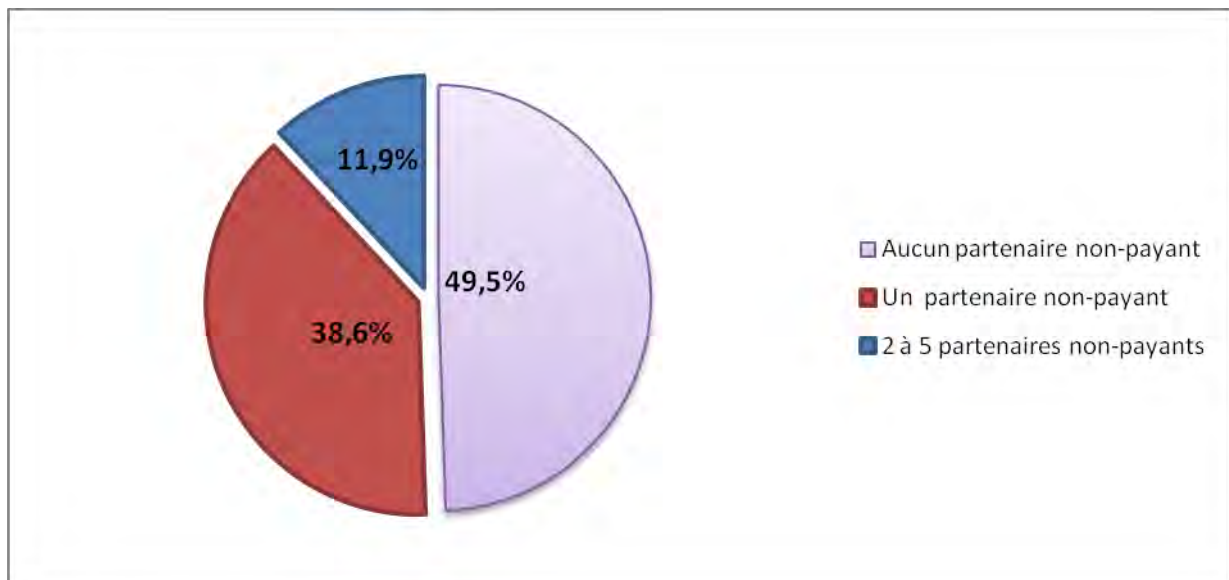


Figure 6: Répartition de 756 professionnelles du sexe suivant le nombre de partenaires non-payants au cours des sept derniers jours

Un peu plus de la moitié des PS avait au moins un partenaire non-payant.

#### 5.1.5.2. Rapports sexuels payants et avec des partenaires non payants

Le nombre moyen de clients au cours de la dernière journée de travail de la PS a été de  $2,7 \pm 2,4$  (extrêmes : 0, 29).

La proportion des PS qui ont affirmé avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel était 81,0% [77,9 ; 83,7] (n= 612) avec un client et de 21,0% [18,2 ; 24,1] (n=159) avec un partenaire non-payant.

Le tableau 18 présente la répartition des PS selon la personne qui a eu l'initiative de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client et un partenaire non payant.



*Tableau 18: Répartition des professionnelles de sexe suivant les modalités de l'initiative d'emploi du préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un client et un partenaire non-payant.*

Qui a proposé l'emploi du préservatif ?	Clients		Partenaires non payants	
	n	%	n	%
Moi-même	533	87,1%	123	77,4%
Le partenaire	57	9,3%	21	13,2%
Décision commune	22	3,6%	10	6,3%
Pas de réponse	0	0%	5	3,1%
<b>Total</b>	<b>612</b>	<b>100%</b>	<b>159</b>	<b>100%</b>

L'initiative de l'emploi du préservatif a été majoritairement prise par la PS elle-même, aussi bien avec le client (87,1% [84,1 ; 89,6]) et qu'avec le partenaire non-payant (77,4% [70,1 ; 83,6]).

La proportion des PS qui n'ont pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel était de 18,5% [15,8 ; 21,5] (n=140) pour les clients et de 61,6% [56,9 ; 66,1] (n=279) pour les partenaires non payants. Le tableau 19 présente la répartition de ces enquêtées selon la raison de la non utilisation du préservatif.

*Tableau 8: Répartition des professionnelles de sexe suivant les raisons de non-utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un client et un partenaire non-payant.*

Pourquoi n'avez-vous pas utilisé de préservatif ?	Clients		Partenaires non payants	
	n	%	n	%
Pas de préservatif disponible	42	30,0%	61	21,9%
Préservatif trop cher	36	25,7%	83	29,7%
Objection du partenaire	35	25,0%	55	19,7%
N'aime pas le préservatif	1	0,7%	0	0,0%
A utilisé un autre contraceptif	7	5,0%	45	16,1%
A jugé le préservatif inutile	10	7,1%	10	3,6%
N'y a pas pensé	9	6,4%	23	8,2%
Ne sait pas	0	0,0%	1	0,4%
Pas de réponse	0	0,0%	1	0,4%
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>	<b>279</b>	<b>100%</b>

La non-disponibilité du préservatif, le coût trop élevé du préservatif et l'objection du partenaire ont été les raisons de non-utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuelles plus évoquées aussi bien avec les clients qu'avec les partenaires non-payants. La non-utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel a été justifiée par l'utilisation d'un autre contraceptif dans 16,1% des cas avec les partenaires non-payants contre 5,0% avec les clients.

Au total, 92 PS, soit 12,2% [10,0 ; 14,8], n'ont pas utilisé de préservatif au cours du dernier rapport sexuel aussi bien avec un client qu'avec un partenaire non-payant.

#### **4.1.6 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET VIOLENCES SEXUELLES**

La proportion des PS qui ont affirmé avoir déjà entendu parler des IST était de 96,4% [94,8 ; 97,6] (n=729).

Parmi les 319 PS qui ont affirmé avoir déjà entendu parler des IST :

- 319 ont affirmé avoir présenté au moins une fois au cours des 12 derniers mois des pertes vaginales, soit 43,8% [40,1 ; 47,5] ;
- 197 ont affirmé avoir présenté au moins une fois au cours des 12 derniers mois une ulcération génitale, soit 27,0% [23,9 ; 30,4].

La proportion des PS qui ont affirmé avoir présenté l'un des deux symptômes d'IST (pertes vaginales ou ulcérations génitales) était de 51,9% [48,2 ; 55,5] (n=378).

La proportion des PS qui ont affirmé avoir été, au moins une fois au cours des 30 derniers jours, amené à avoir des rapports sexuels contre leur volonté était de 12,7% [10,5 ; 15,3] (n=96). Le tableau 20 présente la répartition des 96 PS ayant affirmé avoir été victimes de violences sexuelles selon le responsable desdites violences.

Tableau 20: Répartition des 96 Professionnelles du sexe ayant affirmé avoir été victimes de violences sexuelles selon le responsable de ces violences.

La dernière fois où vous avez été victimes de violences sexuelles, qui en était responsable ?	Effectif	%	IC à 95%
Agent de la Force Publique ou apparenté	18	18,8%	[11,5 ;28,0]
Partenaire non payant	41	42,7%	[32,7 ;53,2]
Bandit inconnu	29	30,2%	[21,3 ;40,4]
Ne sait pas	6	6,3%	[2,3 ;13,1]
Pas de réponse	2	2,1%	[0,3 ;7,3]
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>100%</b>	

Les partenaires non-payants ont été les plus incriminés comme auteur des violences sexuelles (42,7%) suivi de bandit inconnus (30,2%). Les agents de la Force publique ou apparenté ont été incriminés comme auteurs des violences sexuelles par 18,8% des PS.

### 5.1.6. PREVALENCE DU VIH

#### 5.1.6. 1. Prévalence du VIH dans le groupe des professionnelles du sexe

La prévalence du VIH chez les PS a été de 7,5% [5,8 ; 9,7] (Tableau 21).

Tableau 9: Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe

Résultat du test	Effectif	%	IC à 95%
VIH Positif	57	7,5%	[5,8 ;9,7]
VIH Négatif	699	92,5%	[90,3 ;94,3]
<b>TOTAL</b>	<b>756</b>	<b>100%</b>	

La prévalence du VIH chez les PS est statistiquement supérieure à celle observée chez les adultes de 15-49 ans dans le cadre de l'enquête sur les indicateurs du Sida de 2009, soit 3,2% ( $u=6,28$  ;  $p < 0,0001$ ).

### **Comparaison de la prévalence observée chez les PS et celle observée chez les adultes de 15-49 ans**

Nous avons cherché à savoir si la prévalence du VIH chez les PS était significativement supérieure à celle observée chez les adultes de 15-49 ans dans le cadre de l'enquête sur les indicateurs du Sida de 2009 (ESIS).

ESIS avait trouvé 3,2% de personnes VIH positifs sur un échantillon de 12 110.

**Test applicable :** le test applicable est celui relatif à la comparaison de deux proportions observées.

**Conditions de validité du test :** les deux échantillons étant indépendants et de grande taille (soit  $p$ , la proportion de VIH+ commune aux deux échantillons,  $p=3,5\%$  ; soit  $n_1$  la taille de l'échantillon des PS et  $n_2$  la taille de l'échantillon de la population de 15-49 ans ;  $n_1 \cdot p=26,2$  et  $n_2 \cdot p=418,1$  – supérieurs à 30), les conditions d'application du test sont remplies.

#### **Hypothèses :**

- Hypothèse nulle  $H_0$  :  $p_1=p_2$  ( $p_1$  étant la prévalence du VIH chez les PS et  $p_2$ , la prévalence du VIH chez les 15-49 ans selon ESIS) ; les prévalences du VIH chez les PS et chez les adultes de 15-49 ans ne sont pas significativement différentes.
- Hypothèse alternative  $H_1$  :  $p_1>p_2$  ; la prévalence du VIH chez les PS est significativement supérieure à la prévalence du VIH chez les adultes de 15-49 ans.

**Statistique du test :** sous l'hypothèse nulle, la statistique du test  $U = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{(1-p) \cdot \pi / n_1 + (1-p) \cdot \pi / n_2}}$  suit une loi normale centrée réduite  $N(0,1)$ .

#### **Région critique au risque de 5% (situation unilatérale) :**

Au risque de 5%, la région critique est représentée par l'intervalle  $[+1,64 ; +\infty[$ .

**Valeur observée de la statistique du test :** la réalisation de la statistique du test  $u=6,28$ .

Conclusion :  $u$  étant dans la région critique, l'hypothèse nulle peut être rejetée. La prévalence du VIH chez les PS est statistiquement supérieure à celle observée chez les adultes de 15-49 ans dans le cadre de l'ESIS ( $p<0,01$ ).

#### 4.1.6.2. Prévalence du VIH selon l'âge

La figure 7 présente les variations de la prévalence du VIH par tranche d'âge.

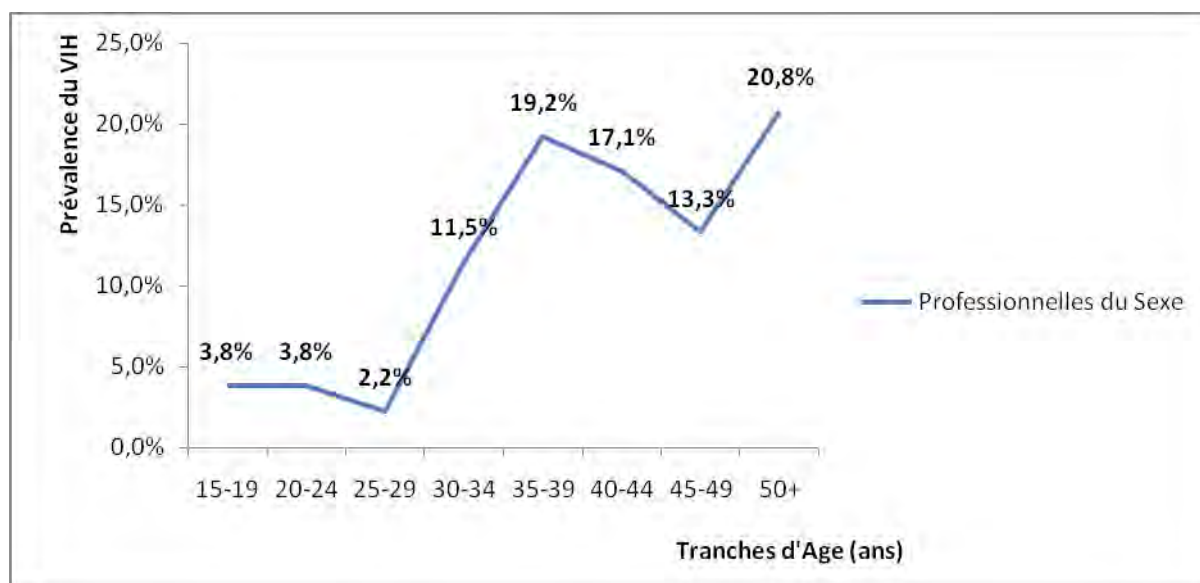


Figure 7: Variations de la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe par tranche d'âge.

On a observé une nette augmentation de la prévalence du VIH chez les PS à partir de la tranche d'âge de 30-34 ans passant de 2,2% dans la tranche d'âge précédente à 19,2%.

Afin d'analyser l'association entre l'âge et le statut VIH, nous avons subdivisé la population des PS en deux tranches d'âge : < 25 ans et ≥ 25 ans. Le tableau 22 présente les variations de la prévalence du VIH chez les PS selon ces deux tranches d'âge.

Tableau 10: Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe par tranche d'âge (< 25 ans, ≥ 25 ans)

Tranche d'âge	Effectif total	Effectif VIH+	%	IC 95%
< 25 ans	314	12	3,8%	[2,1 ;6,8]
≥ 25 ans	442	45	10,2%	[7,6 ;13,5]
<b>Ensemble</b>	<b>756</b>	<b>57</b>	<b>7,5</b>	<b>[5,8 ; 9,7]</b>

La prévalence du VIH était significativement plus élevée chez les PS âgées de 25 ans ou plus que chez celles qui ont moins de 25 ans : 10,2% vs 3,8% ( $\chi=10,65$  ;  $p=0,001$  ;  $OR=0,35$  [0,18 ; 0,67]).

Il y a bien une association entre l'âge et statut sérologique, les moyenne d'âge dans le groupe des PS VIH positifs et dans celui des PS VIH négatifs étant significativement différente :  $34,6 \pm 9,9$  chez les PS VIH positifs vs  $27,5 \pm 9,0$  chez les PS VIH négatifs (  $t=5,7$  ;  $p<0,00001$ ).

#### 4.1.6.3. Prévalence du VIH selon le type de prostitution pratiquée

Le tableau suivant présente les variations de la prévalence du VIH chez les PS selon le type de prostitution pratiquée.

*Tableau 11: Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe selon le type de prostitution*

Type de prostitution	Effectif total	Effectif VIH+	%	IC 95%
Prostitution fixe exclusive	246	25	10,2%	[6,7 ; 14,6]
Prostitution mobile ou mixte	510	32	6,3%	[4,4 ; 8,8]
<b>Ensemble</b>	<b>756</b>	<b>57</b>	<b>7,5</b>	<b>[5,8 ; 9,7]</b>

Les prévalences du VIH chez les PS pratiquant une prostitution fixe exclusive n'était pas significativement différente de celle observée chez les PS pratiquant une prostitution mobile ou mixte : 10,2% vs 6,3% ( $\chi= 3,60$  ;  $p=0,058$ ).

#### 4.1.6.4. Prévalence du VIH selon le niveau scolaire

Le tableau 24 présente les variations de la prévalence du VIH selon que la PS ait été scolarisée ou pas.



Tableau 12: Prévalence du VIH selon que la professionnelle du sexe ait été scolarisée ou non

Scolarité	Effectif total	Effectif VIH+	%	IC 95%
N'a jamais été à l'école	65	05	7,7%	[2,5 ; 17,0]
A été scolarisée	691	52	7,5%	[5,7 ; 9,8]
<b>Ensemble</b>	<b>756</b>	<b>57</b>	<b>7,5</b>	<b>[5,8 ; 9,7]</b>

La prévalence du VIH chez les PS qui n'ont jamais été à l'école n'a pas été significativement différente de celle observée chez les PS ayant été scolarisée : 7,7% vs 7,5% ( $\chi$  avec correction de Yates= 0,046 ; p=0,50).

La figure 8 montre les variations de la prévalence du VIH chez les PS scolarisés suivant le niveau d'éducation.

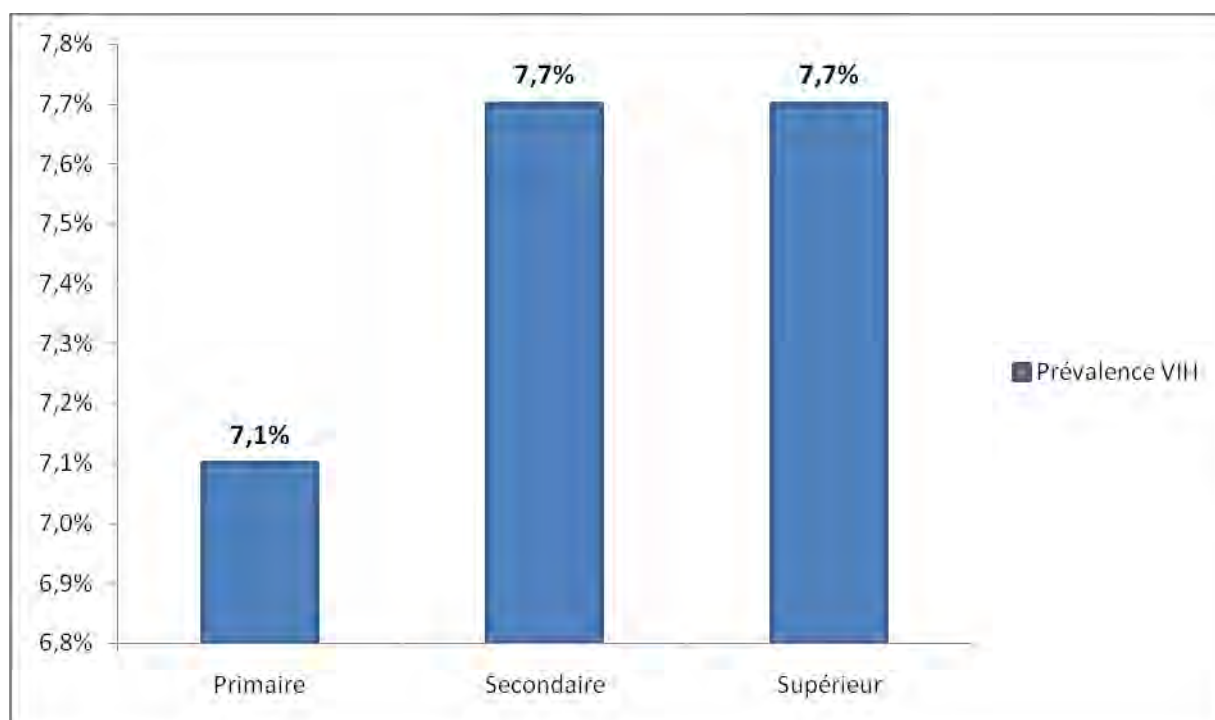


Figure 8: variations de la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe scolarisées suivant le niveau d'éducation

Les prévalences du VIH ont été quasiment similaires dans les trois niveaux d'éducation : 7,1% [3,8 ; 11,8] chez les PS de niveau primaire, 7,7% [5,6 ; 10,5] chez les PS de niveau secondaire et 7,7% [0,2 ; 36,0] chez celles de niveau supérieur.

#### 4.1.6.5. Prévalence du VIH selon la nationalité

Le tableau 25 suivant présente les variations de la prévalence du VIH selon la nationalité de la PS.

Tableau 13: Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe selon la nationalité

Nationalité	Effectif total	Effectif VIH+	%	IC 95%
Congo-Brazzaville	448	31	6,9%	[4,8 ; 9,8]
RD Congo et Autres	308	26	8,4%	[5,7 ; 12,3]
<b>Ensemble</b>	<b>756</b>	<b>57</b>	<b>7,5</b>	<b>[5,8 ; 9,7]</b>

La prévalence du VIH chez les PS de nationalité congolaise (Congo-Brazzaville) n'était pas statistiquement différente de celle observée chez les PS des autres nationalités : 6,9% [4,8 ; 9,8] vs 8,4% [5,7 ; 12,3] ( $\chi = 0,61$  ;  $p = 0,44$ ).

#### 4.1.6.6. Prévalence du VIH selon les connaissances et comportements sexuels

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative chez les PS regroupées selon :

- Qu'elles aient des connaissances complètes sur le VIH ou pas : 8,4% [4,8 ; 13,4] chez celles qui avaient des connaissances complètes vs 7,3% [5,4 ; 9,8] chez celles qui n'avaient pas de connaissances complètes ( $\chi = 0,24$  ;  $p = 0,62$ ).
- Qu'elles aient affirmé avoir utilisé un préservatif avec le dernier client ou pas : 8,2% [6,2 ; 10,7] chez celles qui ont affirmé avoir utilisé un condom avec le dernier client vs 5,0% [2,0 ; 10,0] chez celles qui ont affirmé n'avoir pas utilisé de préservatif ( $\chi = 1,63$  ;  $p = 0,20$ ).
- Le nombre de partenaires non-payants avec qui elles ont affirmé avoir eu des rapports sexuels au cours des 7 derniers jours : 7,8% [5,3 ; 11,1] chez celles qui n'avaient aucun partenaire non-payant vs 7,3% [5,0 ; 10,5] chez celles qui n'avaient au moins un partenaire non-payant.

## 4.2. GROUPE DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES

### 4.2.1. SUJETS D'ETUDES

Le nombre total des HSH inclus dans l'étude a été de 153. Le tableau 26 présente leur répartition par ville.

*Tableau 14: Répartition de 153 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes par ville*

Villes	Effectifs	%
Brazzaville	69	45,1%
Pointe-Noire	84	54,9%
<b>Total</b>	<b>153</b>	<b>100,0%</b>

### 4.2.2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

#### 4.2.2.1. Age

L'âge moyen des HSH était de 28,8±5,4 (extrêmes : 16 ans ; 44 ans). Les âges médiane et modale étaient respectivement de 23 ans et de 22 ans. Le tableau 27 présente la répartition des HSH par tranches d'âges.

*Tableau 27: Répartition de 153 hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes par tranche d'âge*

Tranches d'âge	Effectifs	Fréquences	Fréquences cumulées
15-19 ans	22	14,4%	14,4%
20-24 ans	77	50,3%	64,7%
25-29 ans	32	20,9%	85,6%
30-34 ans	12	7,8%	93,5%
35-39 ans	8	5,2%	98,7%
40-44 ans	2	1,3%	100,0%
<b>Total</b>	<b>153</b>	<b>100,0%</b>	

Un peu plus de la moitié des HSH sont âgés de 20 à 24 ans. Les jeunes de moins de 25 ans représentent 64,7% des HSH de l'étude.

#### 4.2.2.2. Scolarisation

La proportion des HSH qui n'ont jamais été à l'école était de 8,6% (n=65), contre 93,5% de PS (n=143) qui ont été scolarisés. Le tableau 28 présente la répartition des 143 HSH scolarisés par niveau d'étude.

*Tableau 15: Répartition des 143 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, scolarisés par niveau d'étude*

Niveau d'étude	Effectifs	%	IC 95%
Primaire	20	14,0%	[8,8% ; 20,8%]
Secondaire	99	69,2%	[61,0% ; 76,7%]
Supérieur	24	16,8%	[11,1% ; 23,9%]
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100,0%</b>	

Près de deux tiers des HSH avait le niveau secondaire.

#### 5.2.2.3. Nationalité

Plus de la moitié des HSH, soit 74,5% (n=114) étaient originaire du Congo-Brazzaville. Le tableau 29 présente la répartition des PS selon la nationalité.

*Tableau 16: Répartition de 153 hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes selon leur nationalité*

Nationalité	Effectifs	%	IC 95%
Congo-Brazzaville	114	74,5%	[66,8 ; 81,2]
R.D. Congo	35	22,9%	[16,5 ; 30,4]
Autres nationalités	4	2,6%	[0,7 ; 6,6]
<b>Total</b>	<b>153</b>	<b>100,0%</b>	

#### 4.2.2.4. Consommation d'alcool et de drogues

Le tableau 30 présente la répartition des HSH selon la consommation d'alcool et de drogues.

Tableau 30: Répartition de 151 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes selon la consommation d'alcool et de drogues

Consommation alcool ou drogue		Effectifs	%	IC 95%
Consommation de trois bières ou plus tous les jours	Oui	42	27,5%	[20,6 ; 35,2]
	Non	11	72,5%	[64,8 ; 79,4]
Consommation au moins une fois de cannabis ou autres drogues non injectables	Oui	33	21,6%	[15,3 ; 28,9]
	Non	120	78,4%	[71,1 ; 84,7]
Consommation au moins une fois de drogues injectables	Oui	2	1,3%	[0,2 ; 4,6]
	Non	151	98,7%	[95,4 ; 99,8]

Plus d'un quart des HSH, soit 27,5% (n=42) des HSH ont déclaré avoir consommé au moins trois bières tous les jours ; 21,6% (n=33) ont affirmé avoir consommé au moins une fois des drogues non-injectables.

#### 4.2.2.5. Mariage et concubinage

La proportion des HSH qui n'ont jamais été mariées à une femme était de 91,5% (n=140).

Au total 13 HSH ont déjà été mariées à une femme, soit 8,5%. L'âge moyen du premier mariage était de 24,4±7,8 ans (extrêmes : 15 ; 42 ans).

Le tableau 31 représente la répartition des 13 HSH ayant déjà été mariées à une femme selon leur situation matrimoniale au moment de l'enquête.

*Tableau 31: Répartition des 13 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant déjà été mariés à une femme selon leur situation matrimoniale au moment de l'enquête*

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
Marié et vivant avec épouse	3	23,1%
Marié et vivant avec une autre partenaire sexuelle	3	23,1%
Non-marié et ne vivant pas avec une partenaire sexuelle	1	7,7%
Non mariée et vivant pas avec une autre partenaire sexuelle	5	38,5%
Pas de réponse	1	7,7%
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0%</b>

Parmi les 13 HSH ayant déclaré avoir déjà été mariée, 38,5% n'étaient plus mariés et ne vivaient pas avec une autre partenaire sexuelle au moment de l'enquête.

#### **4.2.3. HISTOIRE DE VIE EN TANT QU'HOMME AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES**

##### **4.2.3.1. Age des premiers rapports sexuels avec des hommes**

L'âge moyen des premiers rapports sexuels avec un homme, était de 15,9 ± 4,8 ans (extrêmes : 10 ; 40 ans). Soixante-quinze pour cent des HSH avaient eu leurs premiers rapports sexuels à 18 ans ou moins.

##### **4.2.3.2. Pratiques sexuelles avec les hommes**

###### **a) Fellations avec les hommes**

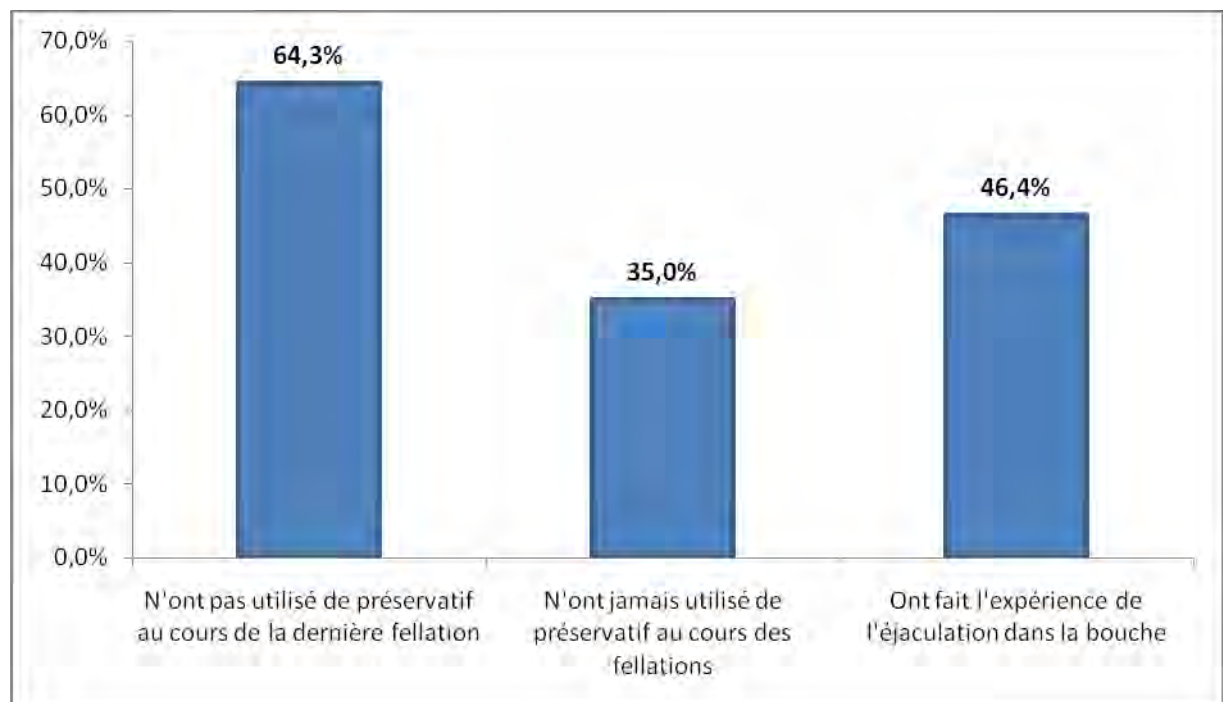
La proportion des HSH qui ont affirmé avoir pratiqué au moins une fois une fellation avec un autre homme au cours des six derniers mois a été de 61,1% [55,9 ; 71,6] (n=98).

Le nombre moyen d'hommes différents avec lesquels les HSH ont eu à pratiquer la fellation au cours des six derniers mois a été de  $6,2 \pm 6,1$  (extrêmes : 1-50 ; mode : 6 ; médiane : 6).

Parmi les 98 HSH qui ont affirmé avoir pratiqué une fellation,

- 64,3% [54,0 ; 73,7] (n=63) ont affirmé n'avoir pas utilisé un préservatif au cours de la dernière fellation.
- 35,0% [25,6 ; 45,4] (n=34) ont affirmé n'avoir jamais utilisé de préservatif pour protéger les fellations au cours des six derniers mois.
- 46,4% [36,2 ; 56,8] (n=45) ont affirmé avoir abouti au moins une fois à l'éjaculation lors des fellations au cours des six derniers mois ;

La figure 9 présente une comparaison des indicateurs relatifs à l'utilisation du préservatif au cours de la fellation.



*Figure 9: Comparaison des indicateurs relatifs à l'utilisation du préservatif au cours de la fellation chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.*

## **b) Rapports anaux avec les hommes**

La proportion des HSH qui ont affirmé avoir eu au moins une fois un rapport anal avec un autre homme au cours des six derniers mois a été de 82,4% [75,4 ; 88,0] (n=126).

Le nombre moyen d'hommes différents avec lesquels les HSH ont eu des rapports anaux avec un rôle actif a été  $2,7 \pm 3,6$  (extrêmes : 0-28 ; mode : 0 ; médiane : 2).

Le nombre moyen d'hommes différents avec lesquels les HSH ont eu des rapports anaux avec un rôle passif a été  $4,3 \pm 4,1$  (extrêmes : 0-25 ; mode : 1 ; médiane : 3,5).

### **4.2.3.3. Rapports sexuels forcés avec des partenaires masculins**

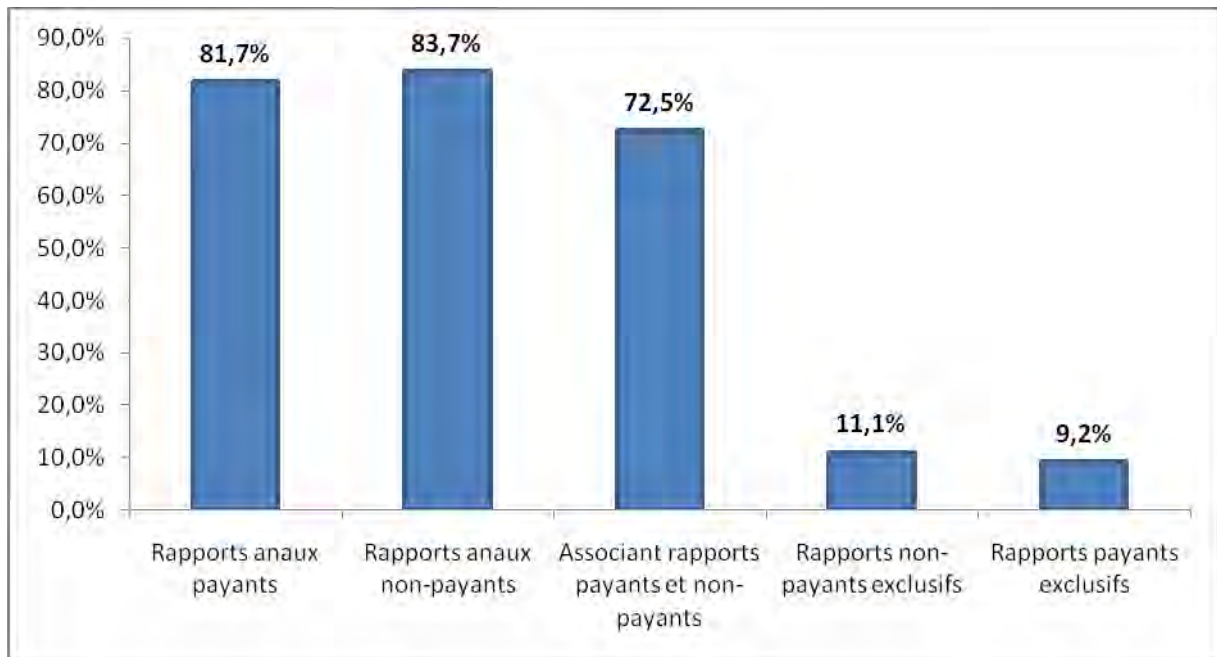
La proportion de HSH qui ont affirmé avoir été forcé par un autre homme à avoir des rapports intimes contre sa volonté, au cours des six derniers mois, a été de 30,1% [22,9 ; 38,0] (n=46).

### **4.2.3.5. Rapports sexuels payants et non-payants avec des partenaires masculins**

La proportion des HSH qui ont affirmé avoir eu des rapports anaux payants avec un autre homme a été de 81,7% [74,6 ; 87,5] (n=125). La proportion de ceux qui ont eu des rapports sexuels avec des partenaires masculins non-payants a été de 83,7% [76,8 ; 89,1] (n=128).

Un total de 111 HSH, soit 72,5% [64,8 ; 79,4] associent les rapports anaux avec des partenaires masculins payants et non-payants, contre 11,1% [6,6 ; 17,2] qui ont des rapports anaux avec des partenaires masculins exclusivement non payants (n=17) et 9,2% [5,1 ; 14,9] qui ont des rapports anaux exclusivement payants (figure 10).





*Figure 10: Variation des proportions des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » ayant des rapports anaux suivant type de partenaire*

Le nombre moyen de rapports sexuels que chaque HSH a eu au cours des 30 derniers jours a été de :

- $4,3 \pm 3,6$  (extrêmes : 0-16 ; médiane : 3 ; mode : 1) avec le dernier partenaire payant.
- $3,0 \pm 2,4$  (extrêmes : 0-12 ; médiane : 3 ; mode : 1) avec le dernier partenaire non-payant.

La proportion des HSH qui ont affirmé avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport anal était 64,0% [54,9 ; 72,4] avec un partenaire-payant (n=80) et de 40,6% [32,0 ; 49,7] avec un partenaire non-payant (n=52).

Le tableau 32 présente la répartition des HSH selon la personne qui a eu l'initiative de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire payant et non-payant.

Tableau 32: Répartition des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » suivant les modalités de l'initiative d'emploi du préservatif au cours du dernier rapport anal avec un partenaire payant et non-payant.

Qui a proposé l'emploi du préservatif ?	Partenaires payants		Partenaires non-payants	
	n	%	n	%
Moi-même	68	85,0%	41	78,8%
Le partenaire	8	10,0%	8	15,4%
Décision commune	4	5,0%	3	5,8%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	<b>52</b>	<b>100%</b>

L'initiative de l'emploi du préservatif a été majoritairement prise par le HSH interrogé lui-même, aussi bien avec les partenaires payants (85,0% [75,3 ; 92,0]) et qu'avec les partenaires non-payants (77,4% [65,3 ; 88,9]).

La proportion des HSH qui n'ont pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport anal était de 36,0% [27,6 ; 45,1] (n=45) avec un partenaire payant et de 56,3% [47,2 ; 65,0] (n=72) avec un partenaire non-payant. Le tableau 33 présente la répartition de ces HSH selon la raison de la non-utilisation du préservatif.

Tableau 33: Répartition des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » suivant les raisons de non-utilisation du préservatif au cours du dernier rapport anal avec un partenaire payant et non-payant.

Pourquoi n'avez-vous pas utilisé de préservatif ?	Partenaires payants		Partenaires non payants	
	n	%	n	%
Préservatif trop cher	1	1,9%	1	1,4%
Objection du partenaire	7	13,2%	16	22,2%
N'aime pas le préservatif	26	49,1%	22	30,6%
A jugé le préservatif inutile	0	0,0%	19	26,4%
N'y a pas pensé	10	18,9%	9	12,5%
Ne sait pas	0	0,0%	2	2,8%
Autre	1	1,9%	3	4,2%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

Le fait de ne pas aimer le préservatif a été la raison de non-utilisation du préservatif au cours du dernier rapport anal la plus évoquée aussi bien avec les partenaires payants (49,1%) qu'avec les partenaires non-payants (30,6%).

#### 4.2.3.5. RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES FEMININS

La proportion des HSH qui ont affirmé avoir déjà eu des rapports sexuels avec au moins une femme au cours des six derniers mois a été de 62,7% [58,6 ; 74,1] (n=102).

Le nombre moyen de femmes différentes avec lesquelles le HSH a eu des rapports sexuels au cours des six derniers mois a été de  $2,0 \pm 1,9$  (extrêmes : 1-15 ; médiane : 1 ; mode : 1).

Parmi les 102 HSH qui ont eu des rapports sexuels avec des femmes au cours des six derniers mois, 71, soit 69,6% [59,7 ; 78,3] ont affirmé n'avoir pas utilisé de préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec une femme.

Parmi les HSH qui ont eu des rapports sexuels avec des femmes au cours des six derniers mois, 55,9% [45,9 ; 65,7] ont affirmé n'avoir jamais utilisé de préservatifs (n=57).

#### 4.2.4. UTILISATION DE LUBRIFIANTS

La proportion des HSH qui ont affirmé utiliser un lubrifiant lors des rapports anaux avec un homme a été de 54,9% [46,7 ; 62,9] (n=84). La figure 11 présente les variations des proportions de HSH utilisant différents produits types de lubrifiants.

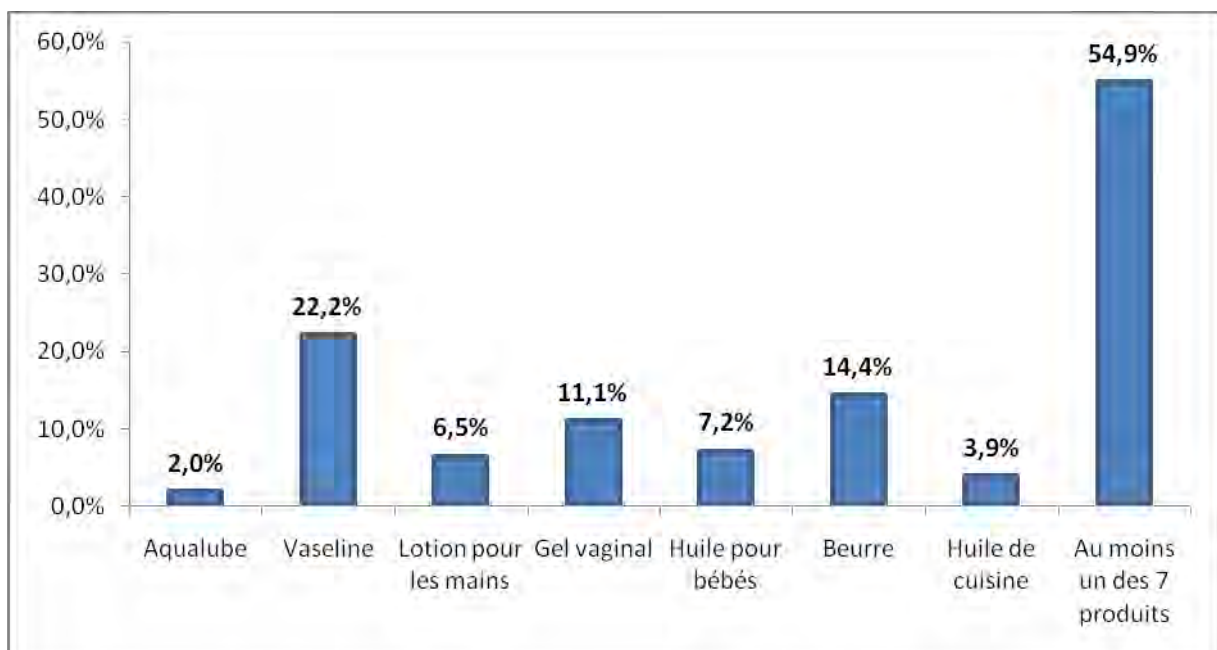


Figure 11: Variation des proportions des "hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes" utilisant différents de produits comme lubrifiants

La vaseline est le produit le plus utilisé comme lubrifiant (22,2%) suivi du gel vaginal (14,4%) et du Beurre (14,4%). Seulement 2,0% des HSH ont affirmé avoir utilisé l'aqualube.

#### 4.2.5. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

La proportion des HSH qui ont affirmé avoir déjà entendu parler des IST était de 98,0% [94,4 ; 99,6] (n=150).

La figure 12 présente les variations de la proportion des HSH selon qu'ils aient affirmé avoir présenté chacun des 4 principaux symptômes évoquant une IST (écoulement urétral, écoulement anal, ulcération génitale, ulcération anale) au cours des 12 derniers mois, parmi les 153 sujets HSH de l'étude.

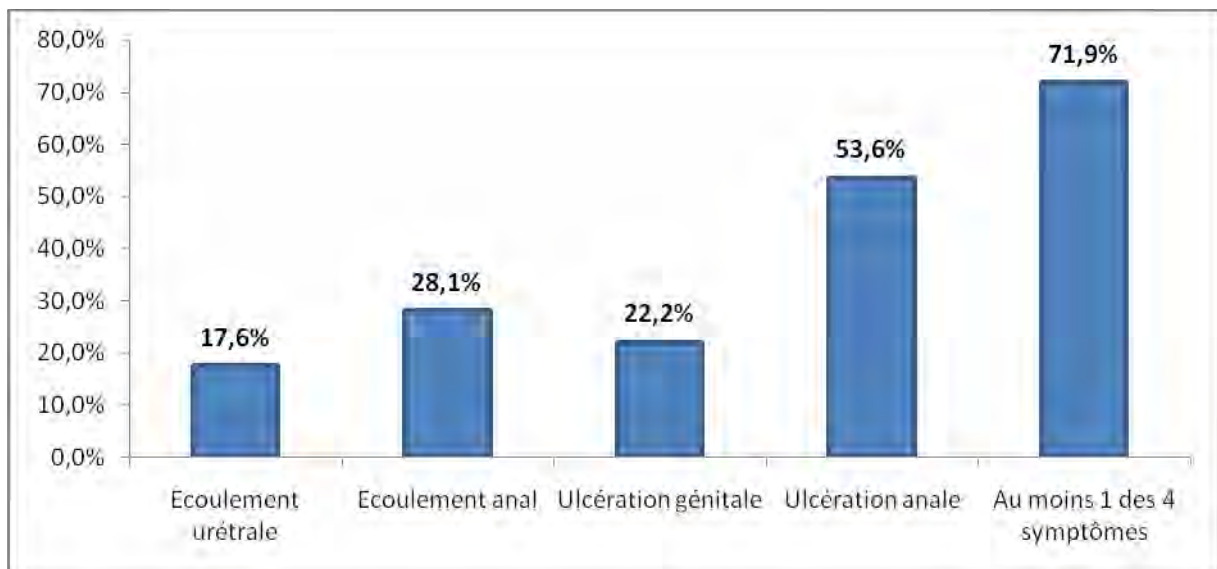


Figure 12: Variations de la proportion des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » selon qu'ils aient affirmé avoir présenté chacun des 4 principaux symptômes évoquant une IST au cours des 12 derniers mois.

Les symptômes de la région anale ont été les plus fréquents : 53,6% (n=82) pour l'ulcération anale et 28,1% (n=43) pour les écoulements anaux.

La proportion des HSH qui ont affirmé avoir présenté au moins une fois un des 4 symptômes évoquant une IST au cours des 12 derniers mois a été de 71,9% [64,1 ; 78,9] (n=110).

#### 4.2.6. CONNAISSANCES ET ATTITUDES RELATIFS AU VIH ET AU SIDA

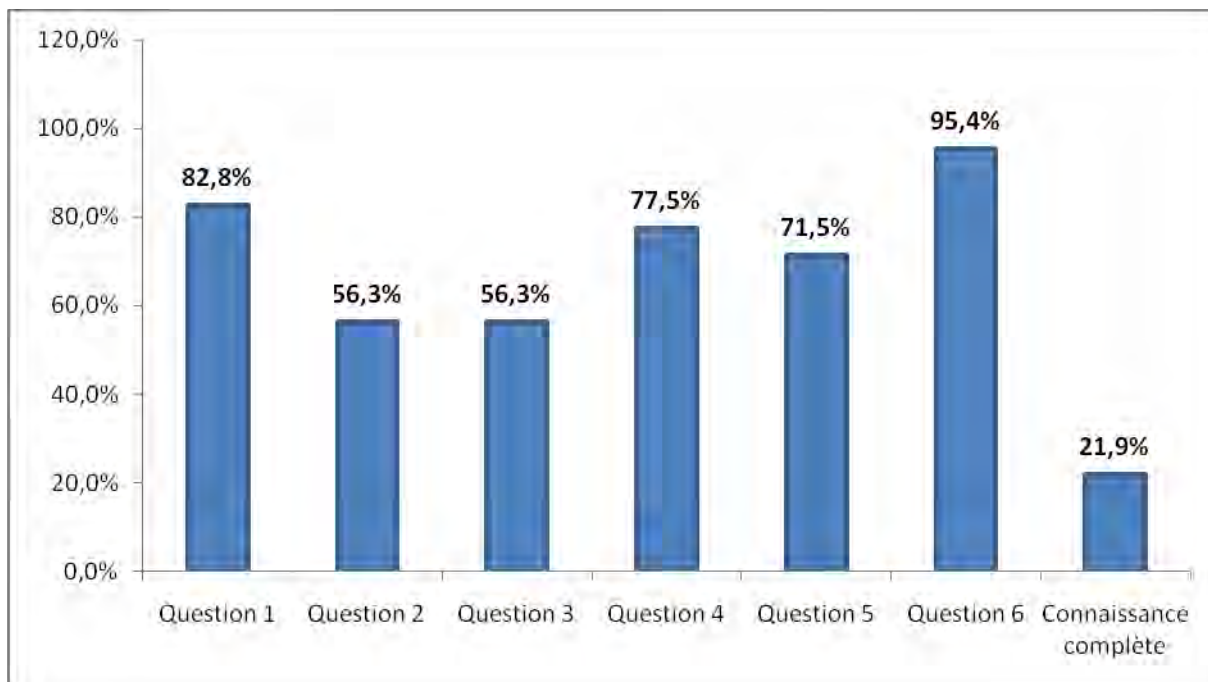
##### 4.2.6.1. Connaissance du VIH et du Sida

Sur les 153 HSH, 151 ont affirmé avoir déjà entendu parler du VIH ou du Sida, soit 98,7% [95,4 ; 99,8].

Parmi les 151 HSH qui ont affirmé avoir entendu parler du VIH ou du Sida, 121, soit 80,1% [72,9 ; 86,2], ont affirmé avoir déjà connu quelqu'un qui est infecté par le VIH ou qui est mort du Sida. Il s'agissait d'un parent proche dans 50,4% des cas (n=61) et d'un ami proche dans 33,1% des cas (n=40).

#### **4.2.6.2. Connaissances des modes de transmissions et moyens de prévention l'infection à VIH**

La figure 13 présente la répartition des 151 HSH ayant affirmé avoir déjà entendu parler du Sida, selon leurs réponses aux questions relatives aux moyens de prévention de l'infection à VIH



*Figure 13: Variation de la proportion des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » ayant répondu par « oui » aux six questions sur les modes de transmission et de moyens de prévention*

Question 1 : Peut-on se protéger contre le VIH, le virus qui cause le SIDA, en utilisant un préservatif de manière correcte et systématique ?

Question 2 : Peut-on se protéger contre le VIH en ayant des rapports sexuels exclusivement avec une personne qui est à la fois fidèle et non infectée ?

Question 3 : Peut-on se protéger contre le VIH en s'abstenant de tout rapport sexuel ?

Question 4 : Si une femme enceinte a le VIH ou le SIDA, peut-elle transmettre le virus à l'enfant qu'elle porte ?

Question 5 : Si une femme a le VIH ou le SIDA, peut-elle transmettre le virus à son bébé quand elle l'allaité au sein ?

Question 6 : Peut-on être contaminé(e) par le VIH en partageant l'aiguille d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre ?

Connaissance complète : Réponse « oui » aux six questions.

La protection contre le VIH par le biais de la fidélité exclusive à un partenaire ou de l'abstinence ont été les questions relatives aux connaissances les moins connues (56,3% de réponses correctes pour chacune des deux questions).

Nous avons considéré comme ayant une connaissance complète, les HSH qui ont répondu par « oui » aux six questions relatives aux modes de transmission et aux moyens de prévention.

La proportion des HSH ayant une connaissance complète parmi ceux qui ont affirmé avoir déjà entendu parler du Sida a été de 21,9% [15,5 ; 29,3] (n=33).

#### 4.2.6.3. Conceptions erronées à propos du VIH et du Sida

Le tableau 34 présente la répartition des 151 HSH ayant affirmé avoir déjà entendu parler du Sida, selon leurs réponses aux questions relatives aux conceptions erronées à propos du VIH et du Sida.

*Tableau 34: Répartition de 151 « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » selon leurs réponses aux questions relatives aux conceptions erronées à propos du VIH et du Sida*

Questions relatives aux conceptions erronées	Réponse de l'enquêtée	Effectifs	%	IC 95%
Peut-on être contaminé(e) avec leVIH par une piqûre de moustique ?	Oui	46	30,5%	[23,2 ; 38,5]
Peut-on être contaminé(e) par leVIH en partageant un repas avecune personne infectée ?	Oui	12	7,9%	[4,2 ; 13,5]
Pensez-vous qu'une personne paraissant en bonne santé peut, enfait, être infectée par le VIH ?	Non	11	7,3%	[3,7 ; 12,7]

Le fait de croire qu'une piqûre de moustique peut transmettre le VIH a été la conception erronée la plus répandue (30,5%).

Aucun HSH n'a présenté les trois conceptions erronées réunies.



#### 4.2.6.4. Test antérieur du VIH

Parmi les 151 HSH ayant affirmé avoir déjà entendu parler du VIH ou du Sida :

- 105, soit 69,5% [61,5 ; 76,8] ont affirmé qu'il est possible dans leur communauté de passer un test confidentiel pour savoir si l'on est infecté par le VIH ;
- 52, soit 34,4% [26,9 ; 42,6] ont affirmé avoir déjà subi un test du VIH dont 88,5% (n=46) ont affirmé avoir retiré le résultat dudit test.

#### 4.2.7. PREVALENCE DU VIH

##### 4.2.7.1. Prévalence du VIH dans le groupe des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

La prévalence du VIH chez les HSH a été de 26,1% [19,4 ; 33,9] (Tableau 34).

*Tableau 35: Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes*

Résultat du test	Effectif	%	IC à 95%
VIH Positif	40	26,1%	[19,4 ;33,9]
VIH Négatif	113	73,9%	[66,1 ;80,6]
<b>TOTAL</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>	

La prévalence du VIH chez les HSH est statistiquement supérieure à celle observée chez les adultes de 15-49 ans dans le cadre de l'enquête sur les indicateurs du Sida de 2009, soit 3,2% ( $u=15,3$  ;  $p< 0,0001$ ).

##### 4.2.7.2. Prévalence du VIH selon l'âge

La figure 14 présente les variations de la prévalence du VIH par tranche d'âge.

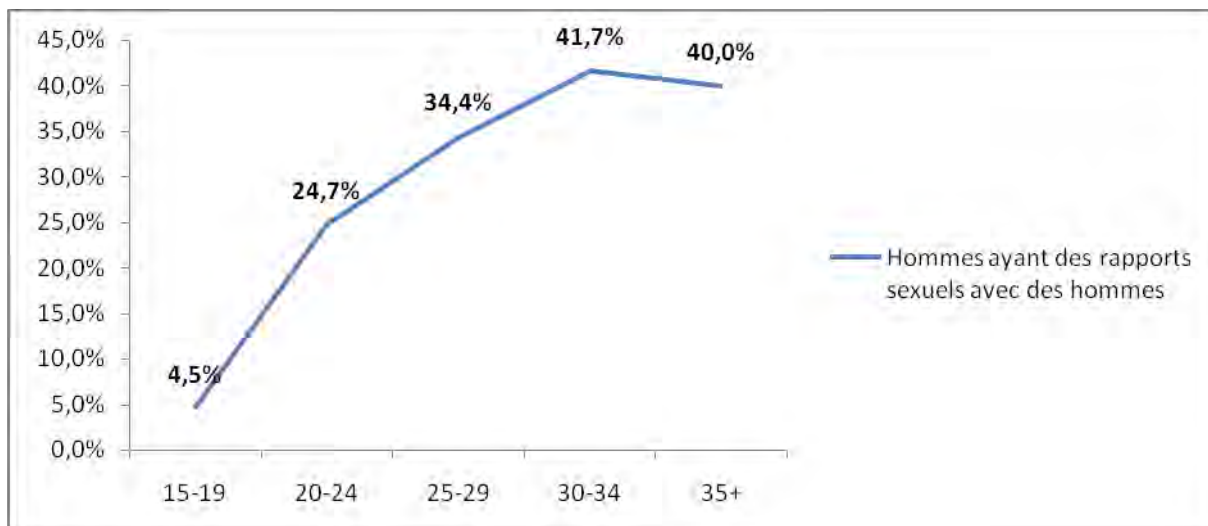


Figure 14: Prévalence du VIH chez les "hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes" par tranche d'âge

La prévalence du VIH augmente avec l'âge passant de 4,5% chez les 15-19 ans pour atteindre son pic dans la tranche d'âge de 30-34 ans (41,7%)

Afin d'analyser l'association entre l'âge et le statut VIH, nous avons subdivisé la population des HSH en deux tranches d'âge : < 25 ans et ≥ 25 ans. Le tableau 35 présente les variations de la prévalence du VIH chez les HSH selon ces deux tranches d'âge.

Table 36: Prévalence du VIH chez les « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » par tranche d'âge (< 25 ans, ≥ 25 ans)

Tranche d'âge	Effectif total	Effectif VIH+	%	IC 95%
< 25 ans	99	20	20,2%	[12,8 ; 29,5]
≥ 25 ans	54	20	37,0%	[24,3 ; 51,3]
<b>Ensemble</b>	<b>153</b>	<b>40</b>	<b>26,1</b>	<b>[19,4 ; 33,9]</b>

La prévalence du VIH est significativement plus élevée chez les HSH âgées de 25 ans ou plus que chez ceux qui ont moins de 25 ans : 37,0% vs 20,2% ( $\chi=5,1$  ;  $p=0,002$  ;  $OR=2,3$  [1,1 ; 4,9]).

Il y a bien une association entre l'âge et statut sérologique, les moyennes d'âge dans le groupe des HSH VIH positifs et dans celui des HSH VIH négatifs étant

significativement différente :  $26,2 \pm 5,1$  chez les HSH VIH positifs vs  $23,7 \pm 5,3$  chez les HSH VIH négatifs ( $t=2,5$  ;  $p=0,01$ ).

#### 4.2.7.3. Prévalence du VIH selon le niveau scolaire

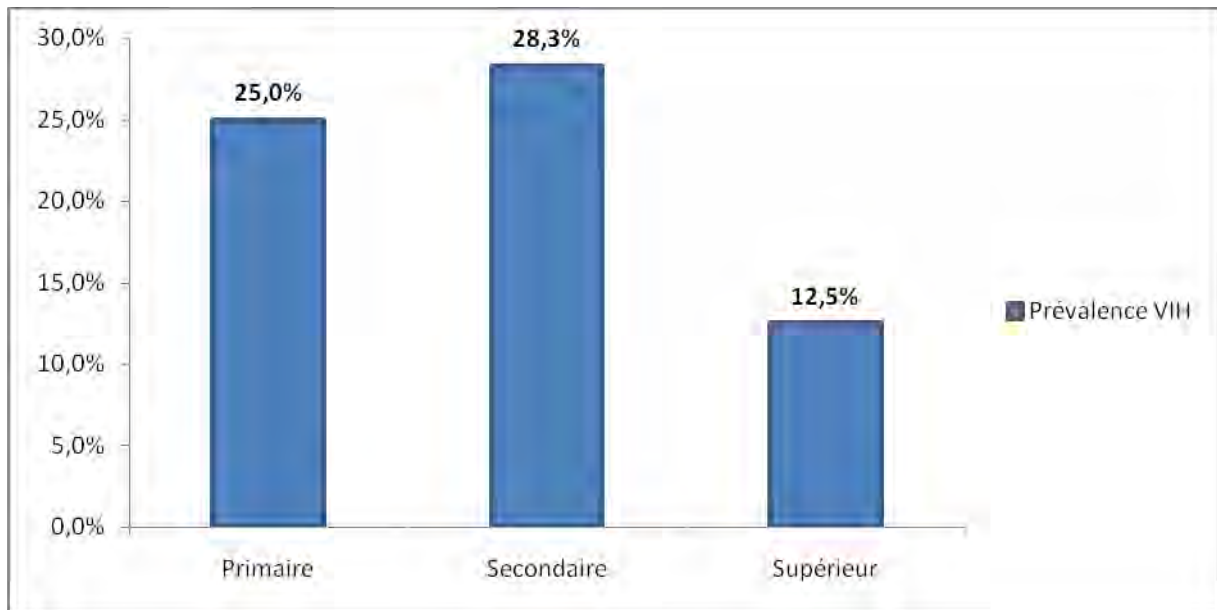
Le tableau 37 présente les variations de la prévalence du VIH selon que le HSHait été scolarisé ou pas.

*Tableau 37: Prévalence du VIH selon que l' « homme ayant des rapports sexuels avec les hommes » ait été scolarisé ou non*

Scolarité	Effectif total	Effectif VIH+	%	IC 95%
N'a jamais été à l'école	10	04	40,0%	[12,2 ; 73,8]
A été scolarisée	143	36	25,2%	[18,3 ; 33,1]
<b>Ensemble</b>	<b>153</b>	<b>40</b>	<b>26,1</b>	<b>[19,4 ; 33,9]</b>

La prévalence du VIH chez les HSH qui n'ont jamais été à l'école n'a pas été significativement différente de celle observée chez les HSH ayant été scolarisé : 40,0% vs 25,2% ( $\chi$  avec correction de Yates= 0,884 ;  $p=0,30$ ).

La figure 15 montre les variations de la prévalence du VIH chez les HSH scolarisés suivant le niveau d'éducation.



*Figure 15: Prévalence du VIH chez les « hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes » scolarisés selon le niveau scolaire*

Les prévalences du VIH les plus élevées ont été observées chez les HSH de niveau secondaire (28,3% [19,7 ; 38,2] et primaire (25,0% [8,7 ; 49,1]).

Nous avons subdivisé le groupe des HSH en deux groupes selon le niveau d'éducation (Primaire et secondaire, supérieur) et n'avons pas trouvé de différences significatives entre les prévalences du VIH dans les deux groupes : 27,7% [19,9 ; 36,7] chez les HSH de niveau primaire et secondaire vs 12,5% [2,7 ; 32,4] ( $\chi=2,46$  ;  $p=0,12$ ).

#### **4.2.7.4. Prévalence du VIH selon la nationalité**

Le tableau 38 présente les variations de la prévalence du VIH selon la nationalité du HSH.

Tableau 38: Prévalence du VIH chez les « hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes » selon la nationalité

Nationalité	Effectif total	Effectif VIH+	%	IC 95%
Congo-Brazzaville	114	30	26,3%	[18,5 ; 35,4]
RD Congo et Autres	39	10	25,6%	[13,0 ; 42,1]
<b>Ensemble</b>	<b>756</b>	<b>57</b>	<b>7,5</b>	<b>[5,8 ; 9,7]</b>

La prévalence du VIH chez les HSH de nationalité congolaise (Congo-Brazzaville) n'était pas statistiquement différente de celle observée chez les HSH des autres nationalités : 26,3 % [18,5 ; 35,4] vs 25,6% [13,0 ; 42,1] ( $\chi= 0,0069$  ;  $p=0,93$ ).

#### 4.2.7.5. Prévalence du VIH selon les connaissances et comportements sexuels

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative chez les HSH regroupés selon :

- qu'ils aient des connaissances complètes sur le VIH ou pas : 39,4% [22,9 ; 57,9] chez ceux qui avaient des connaissances complètes vs 22,5% [15,4 ; 31,0] chez ceux qui n'avaient pas de connaissances complètes ( $\chi= 3,82$  ;  $p=0,0504$ ).
- qu'ils aient affirmé avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport anal avec un partenaire masculin (payant ou non-payant) ou pas : 31,2% [22,0 ; 41,6] chez ceux qui ont affirmé avoir utilisé un condom lors du dernier rapport anal avec un partenaire masculin vs 18,3% [9,5 ; 30,4] chez ceux qui ont affirmé n'avoir pas utilisé de condom ( $\chi= 3,11$  ;  $p=0,077$ ).
- qu'ils aient affirmé avoir utilisé un préservatif lors de la dernière fellation avec un partenaire masculin (payant ou non-payant) ou pas : 20,6% [8,7 ; 37,9] chez ceux qui ont affirmé avoir utilisé un condom lors de la dernière fellation avec un partenaire masculin vs 28,6% [17,9 ; 44,3] chez ceux qui ont affirmé n'avoir pas utilisé de condom ( $\chi= 0,74$  ;  $p=0,39$ ).

## 4.3. GROUPE DES DETENUS

### 4.3.1. SUJETS D'ETUDES

Le nombre total des détenus inclus dans l'étude a été de 97. Le tableau 39 présente leur répartition par ville.

Tableau 39: Répartition de 96 détenus par ville

Villes	Effectifs	%
Brazzaville	69	71,9%
Pointe-Noire	27	28,1%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0%</b>

### 4.3.2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

#### 4.3.2.1. Age, sexe et durée de détention

L'âge moyen des détenus était de  $36,4 \pm 12,2$  (extrêmes : 16 ans ; 66 ans). Les âges médiane et modale étaient respectivement de 34 ans et de 36 ans. Soixante-quinze pour cent des détenus étaient âgés de 43 ans ou moins. Le tableau 40 présente la répartition des Détenus par tranches d'âges.

Tableau 40: Répartition de 96 détenus par tranche d'âge

Tranches d'âge	Effectifs	Fréquences	Fréquences cumulées
15-19 ans	3	3,1%	3,1%
20-24 ans	13	13,5%	16,7%
25-29 ans	16	16,7%	33,3%
30-34 ans	18	18,8%	52,1%
35-39 ans	14	14,6%	66,7%
40-44 ans	10	10,4%	77,1%
45-49 ans	5	5,2%	82,3%
50 ans et plus	17	17,7%	100,0%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0%</b>	

La plus part des détenus étaient de sexe masculin : 90,6% (n=87) contre 9,4% de détenus de sexe féminin (n=9). Le sex-ratio femmes/hommes était ainsi de 1/10.

La durée moyenne de détention des détenus était de 16,3±29,9 mois. La durée médiane était de huit mois. Le tableau 41 présente la répartition des détenus suivant la durée de leur détention.

*Tableau 41: Répartition de 40 détenus selon la durée de détention*

<b>Durée de détention</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Fréquences cumulées</b>
0-6 mois	40	41,7%	41,7%
7-12 mois	32	33,3%	75,0%
13-24 mois	13	13,5%	88,5%
25-36 mois	3	3,1%	91,7%
≥ 37 mois	8	8,3%	100,0%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0%</b>	

Soixante-quinze pour cent des détenus étaient en prison depuis 12 mois ou moins.

#### **4.3.2.2. Scolarisation**

La proportion des détenus qui n'ont jamais été à l'école était de 8,3% (n=8), contre 91,7% de détenus (n=88) qui ont été scolarisés. Le tableau 42 présente la répartition des 88 détenus scolarisés par niveau d'étude.

*Tableau 42: Répartition de 88 détenus scolarisés par niveau d'étude*

<b>Niveau d'étude</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
Primaire	19	21,6%	[13,5% ; 31,6%]
Secondaire	53	60,2%	[49,2% ; 70,5%]
Supérieur	16	18,2%	[10,8% ; 27,8%]
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100,0%</b>	

Soixante pour cent des détenus avaient un niveau secondaire.

### 4.3.2.3. Nationalité

La majorité des détenus étaient, soit 83,3%, étaient originaire du Congo-Brazzaville (n=80). Le tableau 43 présente la répartition des détenus selon leur nationalité.

Tableau 43: Répartition de 96 détenus selon leur nationalité

Nationalité	Effectifs	%	IC 95%
Congo-Brazzaville	80	83,3%	[74,4 ; 90,2]
R.D. Congo	11	11,5%	[5,9 ; 19,6]
Autres nationalités	5	5,2%	[1,7 ; 11,7]
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0%</b>	

### 4.3.2.4. Consommation d'alcool et de drogues

Le tableau 44 présente la répartition des détenus selon la consommation d'alcool et de drogues.

Tableau 44: Répartition des détenus selon la consommation d'alcool et de drogues

Consommation alcool ou drogue		Effectifs	%	IC 95%
Consommation de trois bières ou plus tous les jours	Oui	7	7,3%	[3,0 ; 14,4]
	Non	89	92,7%	[85,6 ; 97,0]
Consommation au moins une fois de cannabis ou autres drogues non injectables	Oui	7	7,3%	[3,0 ; 14,4]
	Non	89	92,7%	[85,6 ; 97,0]
Consommation au moins une fois de drogues injectables	Oui	2	2,1%	[0,3 ; 7,3]
	Non	94	97,9%	[92,7 ; 99,7]



La proportion des détenus qui ont déclaré avoir consommé trois bières ou plus tous les jours ou des drogues non-injectables a été de 7,3% [3,0 ; 14,4] dans les deux cas (n=7). Cette proportion a été de 2,1% [0,3 ; 7,3] concernant la consommation des drogues injectables (n=2).

#### 4.3.2.5. Mariage et concubinage

La proportion des Détenus qui n'ont jamais été mariés à une femme était de 41,7% (n=40).

Au total 56 Détenus ont déjà été mariés à une femme, soit 58,3%. L'âge moyen du premier mariage était de 24,4±7,8 ans (extrêmes : 15 ; 42 ans).

Le tableau 45 représente la répartition des 96 détenus selon leur situation matrimoniale au moment de l'enquête.

*Tableau 45: Répartition des 96 détenus selon leur situation matrimoniale au moment de l'enquête*

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
Célibataire (jamais mariés)	40	41,7%
Marié coutumièrement ou en concubinage	37	38,5%
Mariés officiellement	4	4,2%
Séparés ou Divorcés	11	11,4%
Veufs/Veuves	4	4,2%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0%</b>

Après les célibataires (41,7%), les détenus mariés coutumièrement ont été les plus nombreux (38,5%).

### **4.3.3. ANTECEDENTS SEXUELS ET RAPPORTS SEXUELS EN COURS DE DETENTION**

#### **4.3.3.1. Age des premiers rapports sexuels avec des hommes**

L'âge moyen des premiers rapports sexuels, était de  $16,7 \pm 2,7$  ans (extrêmes : 10 ; 28 ans). Soixante-quinze pour cent des détenus avaient eu leurs premiers rapports sexuels à 18 ans ou moins.

#### **4.3.3.2. Rapports sexuels en prison**

La proportion des détenus qui ont affirmé avoir déjà eu des rapports sexuels en prison a été de 6,3% [2,3 ; 13,1] (n=6). Parmi les six détenus qui ont affirmé avoir déjà eu des rapports sexuels en prison, il y avait deux femmes (33,3%) et quatre hommes (66,7%).

Pour les six détenus, le dernier rapport sexuel a été fait avec un partenaire de sexe opposé (soit 100,0%).

Les six détenus ont affirmé n'avoir pas utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.

Pour deux détenus, le dernier rapport sexuel a été fait contre leur volonté. Les auteurs de la violence sexuelle ont été un agent de sécurité de la prison pour l'un et un codétenu pour l'autre. Les deux détenus victimes de violences sexuels étaient de sexe féminin.

Pour les quatre autres détenus ont affirmé avoir eu des rapports sexuels en prison, la raison de non-utilisation du préservatif lors du derniers rapport sexuel étaient les suivants : le fait de n'avoir pas jugé le préservatif nécessaire (3 cas) et le fait de n'y avoir pas pensé (1 cas).

#### **4.3.3.2. Exposition au sang en prison**

Le tableau 46 présente la répartition des Détenus suivant les comportements exposant au sang en prison.

Tableau 176: Répartition des détenus suivant les comportements exposant au sang en prison

Comportement exposant au sang	Réponse de l'enquêtée	Effectifs	%	IC 95%
Utilisation de produits d'hygiène (brosse à dents, rasoir, lame) déjà utilisés par un codétenu	Oui	13	13,5%	[7,4 ; 24,0]
Implication dans une bagarre suivie de contact avec le sang d'un codétenu.	Oui	3	3,1%	[0,6 ; 8,9]

L'utilisation des produits d'hygiène (brosse à dents, rasoir, lame) déjà utilisés par un codétenu, a été le comportement exposant au sang le plus fréquent : 13,5% (n=13) contre 3,1% (n=3) pour l'implication dans une bagarre suivie de contact avec le sang d'un codétenu.

La proportion des détenus qui ont expérimenté l'un au moins des deux comportements exposant au sang a été de 14,6% [8,2 ; 23,3] (n=14) .

#### 4.3.4. CONNAISSANCES ET ATTITUDES RELATIFS AU VIH ET AU SIDA

##### 4.3.4.1. Connaissance du VIH et du Sida

Sur les 96 détenus, 92 ont affirmé avoir déjà entendu parler du VIH ou du Sida, soit 95,8% [89,7 ; 98,9].

Parmi les 92 détenus qui ont affirmé avoir entendu parler du VIH ou du Sida, 65, soit 70,7% [60,2 ; 79,7] ont affirmé avoir déjà connu quelqu'un qui est infecté ou qui est mort du Sida. Il s'agissait d'un ami proche dans 56,9% des cas (n=37) et d'un parent proche dans 36,9% des cas (n=24).

##### 4.3.4.2. Connaissances des modes de transmissions et moyens de prévention

La figure 16 présente la répartition des 92 Détenus ayant affirmé avoir déjà entendu parler du Sida, selon leurs réponses aux questions relatives aux moyens de prévention de l'infection à VIH.

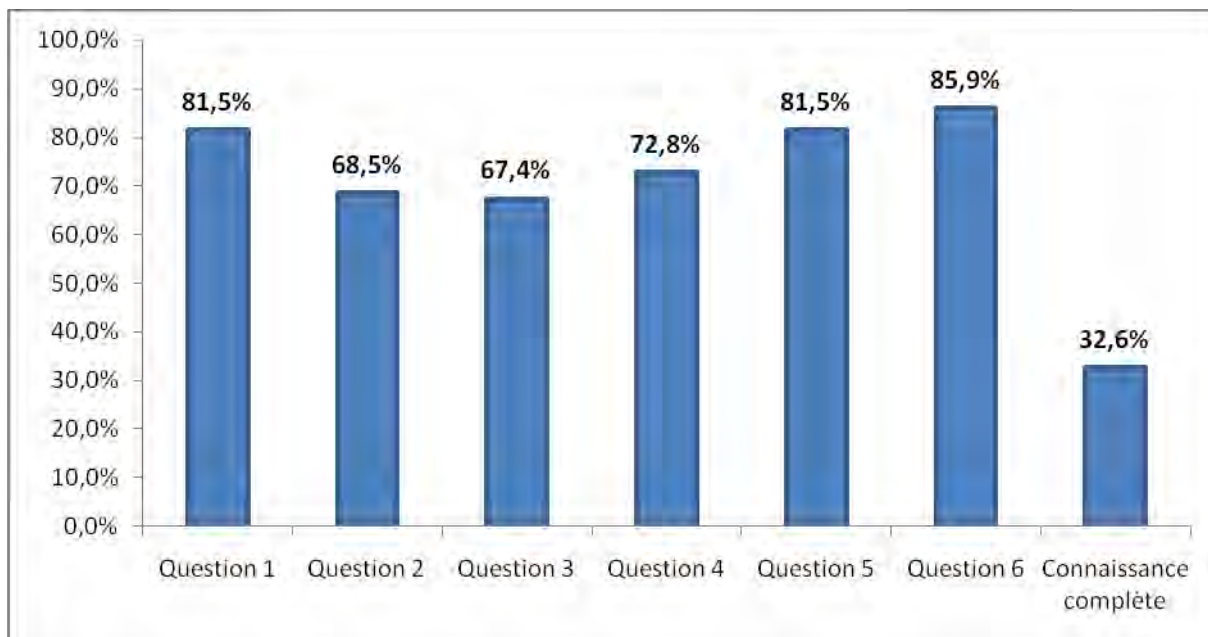


Figure 16: Variation de la proportion des détenus ayant répondu par « oui » aux six questions sur les modes de transmission et de moyens de prévention

Question 1 : Peut-on se protéger contre le VIH, le virus qui cause le SIDA, en utilisant un préservatif de manière correcte et systématique?

Question 2 : Peut-on se protéger contre le VIH en ayant des rapports sexuels exclusivement avec une personne qui est à la fois fidèle et non infectée ?

Question 3 : Peut-on se protéger contre le VIH en s'abstenant de tout rapport sexuel ?

Question 4 : Si une femme enceinte a le VIH ou le SIDA, peut-elle transmettre le virus à l'enfant qu'elle porte ?

Question 5 : Si une femme a le VIH ou le SIDA, peut-elle transmettre le virus à son bébé quand elle l'allaitte au sein ?

Question 6 : Peut-on être contaminé(e) par le VIH en partageant l'aiguille d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre?

Connaissance complète : Réponse « oui » aux six questions.

La protection contre le VIH par le biais de l'abstinence ou de la fidélité exclusive à un partenaire ont été les questions relatives aux connaissances les moins connues avec respectivement 67,4% et 68,5% de réponses correctes.

Nous avons considéré comme ayant une connaissance complète, les détenus qui ont répondu par « oui » aux six questions relatives aux modes de transmission et aux moyens de prévention.

La proportion des détenus ayant une connaissance complète parmi ceux qui ont affirmé avoir déjà entendu parler du Sida a été de 32,6% [23,2 ; 43,2] (n=30).

#### 4.3.4.3. Conceptions erronées à propos du VIH et du Sida

Le tableau 47 présente la répartition des 92 Détenus ayant affirmé avoir déjà entendu parler du Sida, selon leurs réponses aux questions relatives aux conceptions erronées à propos du VIH et du Sida.

*Tableau 47: Répartition de 92 détenus selon leurs réponses aux questions relatives aux conceptions erronées à propos du VIH et du Sida*

Questions relatives aux conceptions erronées	Réponse de l'enquêtée	Effectifs	%	IC 95%
Peut-on être contaminé(e) avec leVIH par une piqûre de moustique ?	Oui	17	18,5%	[11,1 ; 27,9]
Peut-on être contaminé(e) par leVIH en partageant un repas avecune personne infectée ?	Oui	5	5,4%	[1,8 ; 12,2]
Pensez-vous qu'une personne paraissant en bonne santé peut, enfait, être infectée par le VIH ?	Non	9	9,8%	[4,6 ; 17,8]

Le fait de croire qu'une piqûre de moustique peut transmettre le VIH a été la conception erronée la plus répandue (18,5%).

Trois détenus ont présenté les trois conceptions erronées réunies, soit 3,3% [0,7 ; 9,2].

#### 4.3.4.4. Test antérieur du VIH

Parmi les 92 détenus ayant affirmé avoir déjà entendu parlé du VIH ou du Sida :

- 105, soit 63,0% [52,3 ; 72,9] ont affirmé qu'il est possible dans leur communauté de passer un test confidentiel pour savoir si l'on est infecté par le VIH ;
- 29, soit 31,5% [22,2 ; 42,0] ont affirmé avoir déjà subi un test du VIH dont 82,8% (n=24) ont affirmé avoir retiré le résultat dudit test.

#### 4.3.5. PREVALENCE DU VIH

##### 4.3.5.1. Prévalence du VIH dans le groupe des détenus

La prévalence du VIH chez les détenus a été de 8,3% [3,7 ; 15,8] (Tableau 48) .

*Tableau 48: Prévalence du VIH chez les détenus*

Résultat du test	Effectif	%	IC à 95%
VIH Positif	8	8,3%	[3,7 ;15,8]
VIH Négatif	88	91,7%	[84,2 ;96,3]
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>100%</b>	

La prévalence du VIH chez les détenus est statistiquement supérieure à celle observée chez les adultes de 15-49 ans dans le cadre de l'enquête sur les indicateurs du Sida de 2009, soit 3,2% ( $u=2,8$  ;  $p < 0,01$ ).

##### 4.3.5.2. Prévalence du VIH selon l'âge

La figure suivante présente les variations de la prévalence du VIH par tranche d'âge.

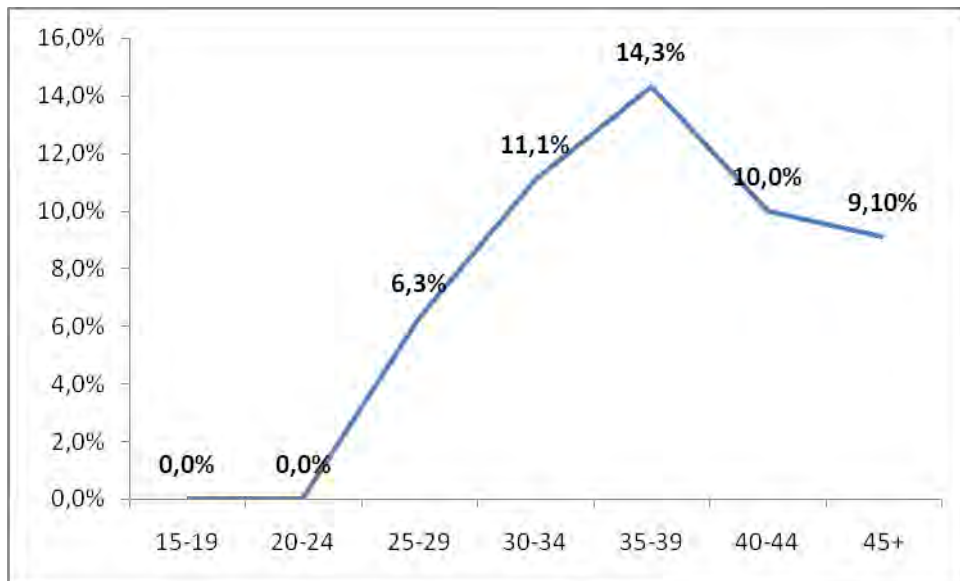


Figure 17: Variations de la prévalence du VIH chez les détenus par tranche d'âge

La prévalence du VIH augmente avec l'âge passant de 0,0% chez les 15-19 ans et 20-24 ans pour atteindre son pic dans la tranche d'âge de 35-39 ans (14,30%)

Afin d'analyser l'association entre l'âge et le statut VIH, nous avons subdivisé la population des détenus en deux tranches d'âge : < 35 ans et ≥ 35 ans. Le tableau 49 présente les variations de la prévalence du VIH chez les PS selon ces deux tranches d'âge.

Tableau 49: Prévalence du VIH chez les détenus par tranche d'âge (< 35 ans, ≥ 35 ans)

Tranche d'âge	Effectif total	Effectif VIH+	%	IC 95%
< 35 ans	50	3	6,0%	[1,3 ;16,5]
≥ 35 ans	46	5	10,9%	[3,6 ;23,6]
<b>Ensemble</b>	<b>96</b>	<b>8</b>	<b>8,3</b>	<b>[3,7 ; 15,8]</b>

La prévalence du VIH chez les détenus âgés de 35 ans ou plus n'est pas significativement différente de celle observée chez les détenus moins de 35 ans : 10,9% vs 6,0% ( $\chi$  de Yates=0,24 ; p=0,62).

La comparaison des moyennes d'âge dans le groupe des Détenus VIH positifs et dans celui des Détenus VIH négatifs a confirmé l'absence d'une association entre l'âge et le statut VIH : moyenne de 39,1±9,8 chez les Détenus VIH positifs vs 36,1±12,4 chez les Détenus VIH négatifs (  $t=0,66$  ;  $p=0,51$ ).

#### 4.3.5.3. Prévalence du VIH selon le niveau scolaire

Le tableau 50 présente les variations de la prévalence du VIH selon que le détenu ait été scolarisé ou pas.

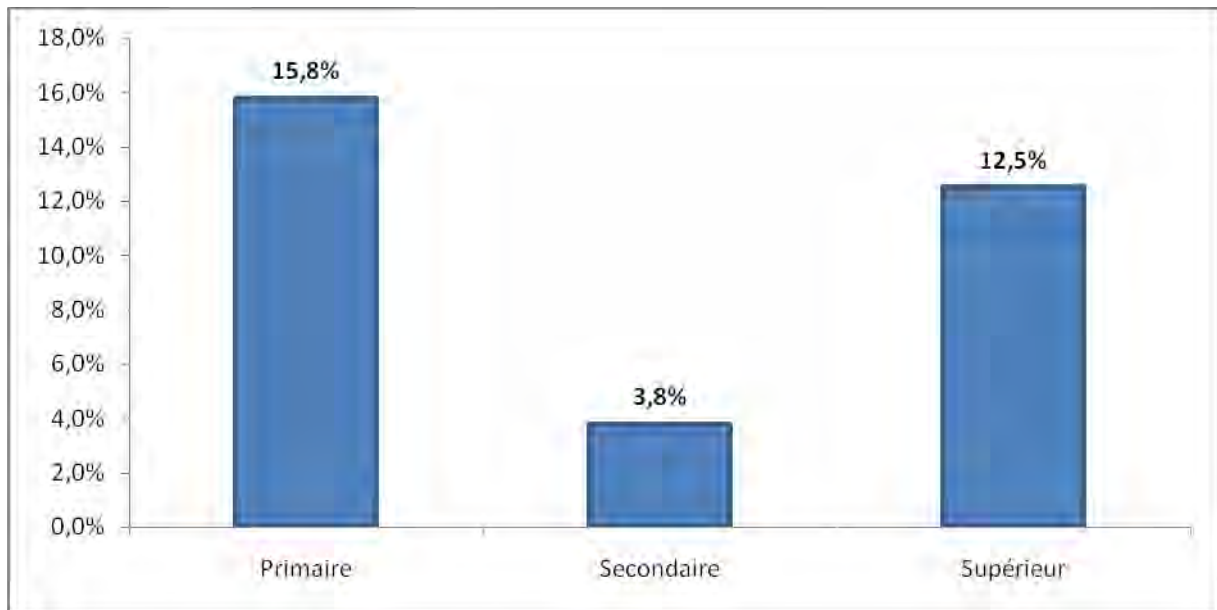
*Tableau 50: Prévalence du VIH selon que le détenu soit scolarisé ou non*

<b>Scolarité</b>	<b>Effectif total</b>	<b>Effectif VIH+</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
N'a jamais été à l'école	8	01	12,5%	[0,3 ; 52,7]
A été scolarisée	88	07	8,0%	[3,3 ; 15,7]
<b>Ensemble</b>	<b>96</b>	<b>8</b>	<b>8,3</b>	<b>[3,7 ; 15,8]</b>

La prévalence du VIH chez les détenus qui n'ont jamais été à l'école n'a pas été significativement différente de celle observée chez les Détenus ayant été scolarisée : 12,5% vs 8,0% ( $\chi$  avec correction de Yates= 0,049 ;  $p=0,82$ ).

La figure 18 montre les variations de la prévalence du VIH chez les détenus scolarisés suivant le niveau d'éducation.





*Figure 18: Variation de la prévalence du VIH chez les détenus selon le niveau scolaire*

La prévalence du VIH la plus élevée a été observée chez les détenus de niveau primaire : 15,5% [3,4 ; 39,6].

Nous avons subdivisé le groupe des HSH en deux groupes selon le niveau d'éducation (Primaire, secondaire et supérieur) et n'avons pas trouvé de différences significatives entre les prévalences du VIH dans les deux groupes : 15,8% [3,4 ; 39,6] chez les Détenus de niveau primaire vs 6,5% [2,1 ; 14,5] ( $\chi$  avec correction de Yates=0,72 ; p=0,39).

#### **4.3.5.4. Prévalence du VIH selon la nationalité**

Le tableau 51 présente les variations de la prévalence du VIH selon la nationalité du détenu.

Tableau 51: Prévalence du VIH chez les détenus selon leur nationalité

Nationalité	Effectif total	Effectif VIH+	%	IC 95%
Congo-Brazzaville	80	4	5,0%	[1,4 ; 12,3]
RD Congo et Autres	16	4	25,0%	[7,3 ; 52,4]
<b>Ensemble</b>	<b>96</b>	<b>8</b>	<b>8,3</b>	<b>[3,7 ; 15,8]</b>

La prévalence du VIH chez les détenus de nationalité congolaise (Congo-Brazzaville) n'était pas statistiquement différente de celle observée chez les détenus des autres nationalités : 5,0 % vs 25,0% (Fischer exact= 0,025 ;  $p>0,05$ ).

#### 4.3.5.5. Prévalence du VIH selon la durée de détention

Le tableau 52 présente les variations de la prévalence du VIH selon la durée de détention du détenu.

Tableau 52: Prévalence du VIH chez les détenus suivant la durée de détention

Durée de détention	Effectif total	Effectif VIH+	%	IC 95%
0-6 mois	40	1	2,5%	[0,1 ; 13,2]
≥ 7 mois	36	7	12,5%	[5,2 ; 24,1]
<b>Ensemble</b>	<b>96</b>	<b>8</b>	<b>8,3</b>	<b>[3,7 ; 15,8]</b>

La prévalence du VIH chez les détenus ayant 6 mois ou moins de détention (2,5% [0,1 ; 13,2]) n'était pas statistiquement différent de celle des détenus ayant plus de six mois de détention (12,5% [5,2 ; 24,1]) ( $\chi$  avec correction de Yates=1,89 ;  $p=0,17$ ).

Les moyennes des durées de détention selon le statut sérologique VIH n'étaient pas statistiquement différents :  $15,5 \pm 28,1$  chez les détenus VIH négatifs vs  $25,7 \pm 47,9$  chez les détenus VIH positifs (  $t = 0,93$  ;  $p=0,35$ ).

#### **4.3.5.6. Prévalence du VIH selon les connaissances du détenu sur le VIH**

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative chez les Détenus regroupés selon qu'ils aient des connaissances complètes sur le VIH ou pas : 13,3% [3,8 ; 30,7] chez ceux qui avaient des connaissances complètes vs 6,1% [1,7 ; 14,8] chez ceux qui n'avaient pas de connaissances complètes ( $\chi$  avec correction de Yates= 0,63 ; p=0,42).

### **5. COMMENTAIRES**

#### **5.1. CONNAISSANCES SUR LE VIH ET LES IST DES PS, HSH ET DETENUS**

Les connaissances d'un individu sur le VIH en général, sur les modes de transmission et les moyens de prévention en particulier, influencent son attitude et son comportement vis-à-vis de l'infection à VIH. En l'occurrence, l'amélioration des connaissances des populations est l'un des effets attendus des programmes de prévention de l'infection à VIH.

Dans ce travail nous avons trouvé que la plupart des sujets interrogés ont affirmé avoir déjà entendu parler du Sida : 96,3% chez les PS, 98,7% chez les HSH et 95,8% chez les Détenus. Cette proportion quasi similaire à celle observée chez les adultes de 15-49 ans, en 2009, soit 97,7% chez les femmes et 99,2% chez les hommes [6].

Dans ce travail, si les proportions de sujets qui ont donné des réponses justes aux questions relatives aux moyens de prévention et modes de transmissions prises individuellement étaient supérieure à 50% dans les trois groupes étudiés, la

proportion de ceux qui avaient des connaissances complètes (réponses justes à cinq questions sur les modes de transmission et moyens de prévention) étaient relativement faibles : 24,5% chez les PS (contre 9,3% chez les femmes de 15-49 ans [6]), 21,9% chez les HSH (contre 26,2% chez les hommes de 15-49 ans [6]) et 32,1% chez les détenus. Il faut toutefois noter que la définition du concept « connaissances complètes » dans le cadre de l'ESIS 2009 intègre outre les réponses justes aux questions relatives aux modes de transmission et moyens de prévention, le rejet des idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida. Compte-tenu des proportions faibles des sujets qui ont les trois conceptions erronées (0,8% chez les PS, 0% chez les HSH et 3,3% chez les détenus), la prise en compte de ce critère dans la définition du concept de « connaissances complètes » dans ce travail, ne devrait pas changer fondamentalement les résultats obtenus.

Plusieurs autres études ont rapporté la persistance de gaps de connaissances sur le VIH chez les populations les plus exposées au VIH malgré les efforts en matière de communication pour le changement de comportements [17,18].

Ce constat démontre la nécessité de repenser les stratégies et approches de communication pour le changement de comportements en direction des populations les plus exposées au risque d'infection à VIH.

## **5.2. RECOURS AU DEPISTAGE VOLONTAIRE CHEZ LES PS, HSH ET DETENUS**

Outre l'amélioration des connaissances, l'utilisation des services de conseil et dépistage volontaire constitue l'un des effets attendus des interventions de communication pour le changement de comportements relatifs au VIH. Dans ce travail, la proportion des personnes qui ont affirmé avoir déjà fait un test de dépistage du VIH a été plus importante dans le groupe des PS : 58,2% contre 34,4% et 31,5% respectivement chez les HSH et les détenus. Chez les adultes de 15-49 ans, cette proportion a été de 25,6% chez les femmes et de 21,4% chez les hommes.

Le CNLS Guinée, au terme de l'enquête de surveillance comportementale de 2007 [19], a également rapporté un pourcentage de personnes affirmant avoir déjà fait le test de dépistage du VIH chez les PS plus importante que dans les autres groupes

les plus exposés au risque d'infection à VIH (63%). BRAUNSTEIN S.L. et al [20] au Rwanda ont rapporté une proportion de PS affirmant avoir déjà fait le test de dépistage du VIH de 35%. KRIITMAA K. et al [18] en Somaliland ont rapporté une proportion de PS beaucoup plus faible (4%), probablement en raison du contexte particulier du pays.

Les proportions encore insuffisantes observées dans ce travail dans les trois groupes ne sauraient être justifiées par la méconnaissance d'une structure offrant les services de conseil et dépistage volontaire. En effet, les proportions des personnes qui ont affirmé qu'il est possible dans leur communauté d'effectuer un test confidentiel pour savoir si l'on est infecté par le VIH, dans ce travail, ont été relativement élevées dans les trois groupes : 72,8% chez les PS, 69,5% chez les HSH et 63,0% chez les détenus. Chez ces derniers, la détention dans un établissement pénitentiaire qui n'offre pas les services de dépistage volontaire, ne saurait entière expliquer ce résultat, puisque 75% des détenus étaient en prison depuis 12 mois ou moins

Une étude qualitative complémentaire pourrait aider à mieux comprendre les raisons du faible recours au dépistage volontaire, spécifiquement dans les trois groupes, afin d'orienter les stratégies d'offre de ce service aux populations les plus exposées au risque d'infection à VIH.

### **5.3. COMMERCE SEXUEL ET EXPOSITION AU RISQUE D'INFECTION A VIH**

#### **Utilisation du préservatif avec le dernier partenaire**

L'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel traduit mieux que tout autre indicateur le niveau de son utilisation générale. Chez les PS, le niveau d'utilisation au dernier rapport sexuel peut varier en fonction du type de partenaires.

Dans ce travail, la proportion des PS ayant utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel était plus importante avec un client qu'avec un partenaire non-payant : 81,0% [77,9 ; 83,7] avec un client vs 21,0% [18,2 ; 24,1] avec un partenaire non payant. L'ESIS 2009 [6] a rapporté une proportion de femmes de 15-49 ans ayant eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel de 29,0% [6]. WILSON D. et al

[21] au Zimbabwe ont rapporté 54% des PS ayant utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel payant. Le CNLS-Guinée [19] a rapporté une proportion de PS déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client très élevée, soit 99,8% contre une proportion beaucoup plus faible avec les partenaires non-payants (27,4%). Cette tendance à avoir beaucoup plus de rapports sexuels protégés avec des clients qu'avec des partenaires non payants a également été observée par PICKERING H. et al [22] en Ouganda, AHOYO et al au Benin [23], et VOETEN HA et al [24] au Kenya. Cette situation traduit une faible prise de conscience des risques d'infection à VIH et autres infections sexuellement transmissibles avec les partenaires non payants.

Dans ce travail, le fait que le préservatif ne soit pas disponible, le coût trop élevé du préservatif et l'objection du partenaire ont été les raisons de non-utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel les plus évoquées aussi bien avec les clients qu'avec les partenaires non-payants. ROSENTHAL D et OANHA TT [25] au Vietnam ont rapporté comme raisons de non-utilisation du préservatif avec les clients la plus évoquée, l'insistance de ces derniers qui offrent un coût de prestation plus élevé ; et avec les partenaires non payant, la familiarité avec le partenaire. Dans l'étude de TOHON Z et al [26] au Niger, en cas de refus du préservatif par un client, 67,9% des PS refusaient d'aller avec lui ; le partenaire joue ainsi un rôle capital dans la prise de décision concernant l'utilisation du préservatif. Par ailleurs, dans ce travail, 16,1% des PS ont justifié la non-utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un partenaire non-payant par l'utilisation d'un autre contraceptif, contre 5,0% avec un client. Ce qui confirme bien une perception du risque d'infection à VIH focalisée sur le client.

Les résultats de ce travail montrent la nécessité de poursuivre les efforts visant à améliorer la disponibilité et l'accessibilité du préservatif dans les sites de prostitution, et d'accorder une place plus importante au développement des compétences de négociation du préservatif dans le contenu des programmes de communication pour le changement de comportements chez les PS.

### **Utilisation du préservatif féminin**

Le recours au préservatif féminin peut constituer une alternative au refus de l'utilisation du préservatif masculin par le client ou le partenaire non-payant. Dans ce travail, seulement 35,5% des PS ont affirmé avoir déjà utilisé un préservatif féminin.

Parmi les PS qui ont déjà utilisé un préservatif féminin ou ont en entendu parlé, seulement 44,3% ont affirmé connaître un endroit ou une personne pouvant fournir des préservatifs féminins. Ce qui semble montrer que le réseau de distribution du préservatif féminin n'est pas aussi développé que celui du préservatif masculin. Les Kiosques et boutiques qui constituent les principaux points de vente des préservatifs masculins du programme de marketing social du préservatif, n'ont été cités que par 18,2% des PS comme points de distribution du préservatif féminin. L'utilisation du préservatif féminin par les PS a été peu explorée dans la littérature.

Les résultats de ce travail montrent la nécessité d'intensifier les efforts de promotion et de distribution du préservatif féminin en milieu de prostitution.

## **Violences sexuelles**

L'exposition au risque d'infection à VIH est parfois le fait des violences sexuelles dont sont victimes les PS. Dans ce travail, 12,7% des PS ont affirmé avoir été, au moins une fois, victimes de violences sexuelles au cours des 30 jours précédant l'enquête. Cette proportion pourrait être plus importante si l'on augmentait la période d'évaluation. SHANNON K. et al [27] ont rapporté, 57% des PS victimes de violences liées au genre après 18 mois de suivi. Plusieurs autres auteurs ont identifié les violences sexuelles parmi les facteurs de vulnérabilité des travailleuses du sexe [28, 29,30]. Dans notre travail, 78% des cas de violences sexuelles ont été commis par des agents de la Force Publique ou apparenté. BIRADAVOLU MR et al [24] en Inde, a également incriminé les policiers comme responsables des violences sexuelles. Pour REYNAGA E [29], cette situation est imputable à une non-reconnaissance du travail du sexe comme un travail légitime. Pour SHANON K. [27] au Canada, un partenariat avec la police est indispensable pour réduire les violences sexuelles envers les PS.

## **5.4. RAPPORTS HOMOSEXUELS MASCULINS ET EXPOSITION AU RISQUE D'INFECTION A VIH**

### **Rapports anaux et fellation sans préservatifs**

La fellation et les rapports anaux sont les pratiques sexuelles les plus courantes dans les relations entre hommes. Dans ce travail, 61,1% des HSH ont affirmé avoir pratiqué au moins une fois une fellation au cours des six derniers mois, contre 82,4% pour les rapports anaux. La proportion des HSH qui n'ont pas utilisé de préservatif au cours de la dernière fellation était de 82,4% contre 64,3% pour le dernier rapport anal. NDIAYE P. et al au Sénégal ont rapporté des proportions de 61% pour la fellation et 49% pour le rapport anal ; tandis que KONG S.K et al [31] en Chine ont rapporté des proportions variant entre 48% et 94% selon le type de partenaire pour la fellation, et entre 53% et 63% pour les rapports anaux.

Concernant les rapports anaux, dans ce travail, le nombre moyen de rapports avec un rôle passif était plus élevé ( $4,3 \pm 4,1$ ) que ceux avec un rôle actif. De plus, 36,0% des HSH ont affirmé n'avoir pas utilisé un préservatif au cours du dernier rapport anal avec un partenaire payant contre 56,3% avec un partenaire non-payant. Par ailleurs, 64,3% des HSH ont affirmé n'avoir pas utilisé un préservatif au cours de la dernière fellation, et 46,4% avoir fait l'expérience d'une éjaculation dans la bouche au cours de la dernière fellation. NDIAYE P. et al [32] au Sénégal ont rapporté 86% de rapports anaux non protégés et 36% de fellation sans préservatif avec éjaculation dans la bouche. Pour KONG S.K et al [31] en Chine, la proportion des HSH qui ont affirmé n'avoir jamais utilisé un préservatif au cours d'un rapport anal variait entre 45% et 67% selon le type de partenaires. Ces résultats témoignent d'un niveau de prise de risque vis-à-vis de l'infection à VIH par les HSH beaucoup plus élevé que dans les autres populations les plus exposées au risque d'infection à VIH (PS, Détenus). Cette situation peut être la conséquence du démarrage tardif, soit au cours de l'année 2006, des interventions de prévention du VIH ciblant ce groupe spécifique d'une part, au fait qu'une partie des sujets de cette population (notamment les expatriés) n'ont pas été couverts par ces interventions d'autre part.



Dans ce travail, le fait de ne pas aimer le préservatif a été la raison de non-utilisation du préservatif au cours du dernier rapport anal la plus évoquée aussi bien avec les partenaires payants (49,1%) qu'avec les partenaires non-payants (30,6%). Ce qui confirme l'hypothèse d'une faible prise de conscience des risques d'exposition à l'infection à VIH liés aux rapports sexuels entre hommes.

### **Utilisation des lubrifiants.**

Le risque associé au rapport anal non protégé est encore bien plus élevé pour le partenaire passif que pour la femme qui a des rapports vaginaux non protégés avec un homme séropositif [3]. Pour réduire ce risque, l'utilisation d'un préservatif et de lubrifiants à base aqueuse est conseillée.

Dans ce travail, si 54,9% des HSH ont affirmé avoir déjà utilisé un lubrifiant, seulement 2,0% ont utilisé un lubrifiant à base aqueuse (Aqualube). Il est par conséquent urgent d'intégrer dans le paquet de services de prévention du VIH chez les HSH, la distribution gratuite de préservatifs masculins et de lubrifiants appropriés.

### **Relation avec les femmes**

Le fait d'associer rapports homo et hétérosexuels amène les HSH à jouer le rôle de passerelle de l'épidémie vers la population générale. Dans, ce travail, la proportion des HSH ayant affirmé avoir déjà eu des rapports sexuels avec au moins une femme au cours des six derniers mois a été de 62,7%, avec un nombre moyen de partenaires féminins différents de  $2,0 \pm 1,9$ . Parmi les HSH qui ont eu des rapports sexuels avec des femmes au cours des six derniers mois dans ce travail, 55,9% ont affirmé n'avoir jamais utilisé de préservatifs. NDIAYE P. et al [32] au Sénégal ont rapporté 33% de de HSH ayant des rapports sexuels (anaux ou vaginaux) non protégés avec des femmes.

Ces résultats montrent la nécessité de renforcer la prise de conscience des risques d'exposition au VIH liés aux rapports sexuels aussi bien avec les hommes qu'avec les femmes dans le contenu des programmes de communication pour le changement de comportements ciblant les HSH. Par ailleurs, cette tendance à associer rapports avec les hommes et les femmes pour les HSH, peut être la conséquence des préjugés persistants sur les HSH dans la société.

## **5.5. VIE EN DETENTION ET EXPOSITION AU RISQUE D'INFECTION A VIH**

### **Rapports sexuels en prison**

A travers le monde, l'environnement de prison est à haut risque de transmission du VIH en raison de l'accès limité aux soins, aux rapports sexuels non protégés, à l'usage de drogues injectables avec du matériel non stérile [31].

Dans ce travail, 6,3% des détenus ont affirmé avoir déjà eu des rapports sexuels en prison. Il s'agissait de rapports sexuels hétérosexuels dans tous les cas. Ce résultat contraste avec les autres travaux qui rapportent des rapports homosexuels en prison [33,34]. ADJEI A. et al [34] au Ghana ont rapporté une proportion de 30,8% de détenus ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans le cadre de ce travail, une réticence des détenus à déclarer des rapports sexuels hétérosexuels, encore moins homosexuels, dans un contexte marqué par une interdiction officielle des rapports sexuels en prison, pourrait expliquer ces résultats vraisemblablement sous-estimés.

Dans ce travail, 100% des détenus qui ont affirmé avoir eu des rapports sexuels en prison, n'ont pas utilisé de préservatifs au cours de leur dernier rapport sexuel.

Les deux détenus de sexe féminin qui ont affirmé avoir eu des rapports sexuels en prison, ont été victimes de violences sexuelles de la part du personnel de sécurité des prisons et de codétenus.

Ces résultats confirment l'existence de pratiques sexuelles exposant au risque d'infection à VIH dans l'environnement des prisons congolaises. Il est donc urgent d'étudier avec l'administration pénitentiaire les moyens de rendre disponible les préservatifs en prison.

### **Exposition au sang.**

Le contact avec le sang représente une situation d'exposition au risque d'infection à VIH après les rapports sexuels. Ce contact se fait par le biais du partage d'objets tranchants entre codétenus (seringues pour usage de drogues injectables, matériel d'hygiène) ou à la suite de bagarre entre codétenus.

Dans ce travail, 14,6% des détenus ont affirmé avoir utilisé des produits d'hygiène (brosse à dents, rasoir, lame) déjà utilisés par un codétenu ou avoir déjà été impliqué dans une bagarre suivie de contact avec le sang d'un codétenu. La proportion des détenus ayant affirmé avoir déjà utilisé des drogues injectables était de 2,1%. ADJEI A. et al [34] au Ghana ont rapporté une proportion de 35% de détenus reconnaissant avoir partagé des objets tranchants souillés avec des codétenus.

Ces résultats confirment la nécessité d'intégrer dans le paquet de services de prévention en milieu carcéral, la distribution de produits d'hygiène aux détenus (rasoir, brosses à dents, lames et mêmes serviettes hygiéniques pour les femmes).

## **5.6. PREVALENCE DU VIH CHEZ LES PS, HSH ET DETENUS**

La prévalence du VIH dans ce travail a été de 7,5% chez les PS, 26,1% chez les MSM et 8,3%. Chez les PS, les résultats suivants ont été obtenus dans les études de la région d'Afrique subsaharienne : 46,0% pour AHOYO A. et Al [23] au Bénin en 2002, 50,0% pour TOHON Z. et al [26] au Niger en 2005, 24% pour BRAUNSTEIN L. et al [20] au Rwanda en 2011.

Chez les HSH, les résultats suivants ont été obtenus dans les études de la région d'Afrique subsaharienne : 24,8% pour MERRIGAN M. et al [35] à Lagos au Nigéria en 2007, 25,5% pour BARAL S. et al [36] à Cape-Town en Afrique du Sud.

Les prévalences du VIH chez les détenus sont supérieures à 10% au Cameroun, en Zambie et en Côte d'Ivoire [37]. Au Ghana, ADJEI A. et al [34] ont rapporté une prévalence du VIH de 19,2%.

La prévalence du VIH dans chacun de ces trois groupes a été significativement supérieure à celle observée chez les adultes de 15-49 ans au niveau national en 2009 [6]. Ce résultat est conforme à ceux rapportés par la plupart des auteurs [20, 23, 26, 34, 35, 36, 37].

## **5.7. FACTEURS ASSOCIES AU STATUT VIH POSITIF CHEZ LES PS, HSH ET DETENUS**

### **Association prévalence du VIH et âge**

Dans ce travail, l'âge était associé au statut sérologique VIH chez les PS et les HSH. En l'occurrence la prévalence du VIH était significativement plus élevée chez les PS de 25 ans ou plus. A l'inverse, la prévalence du VIH était significativement plus élevée chez les HSH de moins de 25 ans.

AHOYO A. et Al [23] au Benin, et BRAUNSTEIN L. et al [20] au Rwanda en 2011, ont également trouvé que l'âge de 25 ans ou plus était associé à une plus forte prévalence du VIH chez les PS.

Chez les HSH, MERRIGAN M. et al [35] à Lagos au Nigéria a trouvé un résultat contraire à celui du présent travail, avec un âge supérieur ou égale à 25 ans qui était associée à plus forte prévalence du VIH. BARAL S. et al [36] en Afrique du sud a également trouvé une association entre un âge supérieur à 26 ans et la prévalence du VIH. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que, dans ce travail, la population était plus jeune avec des extrêmes de 16-44 ans, un âge médian de 23 ans et un âge du 75<sup>ème</sup> percentile de 25 ans. Dans l'étude sud-africaine [36], les âges extrêmes étaient de 18-58 ans, l'âge médian de 26 ans et l'âge du 75<sup>ème</sup> percentile de 29 ans. Les données sur les paramètres de position et de dispersion de l'âge n'ont pas été fournies dans l'étude du Nigéria [35]

Il n'a pas été observé d'association entre l'âge et le statut VIH dans le groupe des détenus.

### **Association prévalence du VIH et nationalité**

Dans ce travail, nous n'avons pas trouvé d'association entre la prévalence du VIH et la nationalité dans les trois groupes.

Concernant les PS, ce résultat est différent de celui d'AHOYO A. et Al [23] au Benin qui a trouvé que la nationalité nigériane était associée à une prévalence du VIH moins élevée. Dans l'étude du Bénin, les PS d'origine nigériane étaient plus nombreuses que les autochtones. Ce qui n'a pas été le cas dans la présente étude où les autochtones étaient plus nombreuses que les PS originaire de la RDC ou autres nationalités.

L'association entre le statut VIH et la nationalité du HSH n'a pas été analysée dans l'étude de BARAL S. et al [34] en Afrique du sud.

## **Autres associations**

Aucune association n'a été trouvée entre le niveau scolaire, le niveau des connaissances sur le VIH, le fait de n'avoir pas utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel, et le statut sérologique VIH dans les trois groupes.

Chez les PS, ces associations n'ont pas également été trouvées dans la plupart des études [20, 23].

Chez les HSH, BARAL S. et al [36] en Afrique du sud a rapporté une association entre le statut VIH positif et le niveau scolaire secondaire ainsi que le fait d'avoir des rapports anaux non protégés.

En particulier, il n'a pas été trouvé d'association entre le type de prostitution et le statut VIH. De même, il n'a pas été trouvé d'association entre la durée de détention et le statut sérologique VIH.

## **6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

En dépit des programmes de prévention qui sont mises en œuvre en leur endroit, les PS, HSH et Détenus demeurent des groupes à haut risque d'infection à VIH en République du Congo. Les résultats du présent travail montrent que le niveau d'exposition au risque d'infection à VIH reste encore très élevé dans les trois groupes.

Au terme de ce travail, il est recommandé au SP/CNLS et ses partenaires (PNLS, Administration pénitentiaire, ONG/Associations) de :

- Réaliser une enquête qualitative en vue d'explorer les réalités culturelles et sociales expliquant les principaux résultats de la présente étude ;
- Mettre en place un système de surveillance sentinelle de seconde génération basée sur l'organisation d'enquêtes annuelles ou biennales auprès des PS, HSH et Détenus ;
- Réviser les stratégies de communication pour le changement de comportements auprès des PS, HSH et détenus à la lumière des résultats de la présente étude,

- Intensifier l'organisation des opérations de conseil et dépistage volontaire mobile dans les sites de prostitution, les prisons et en faveur des HSH,
- Organiser la distribution gratuite des préservatifs et lubrifiants adaptés aux HSH,
- Intensifier les efforts de promotion du préservatif féminin dans les sites de prostitution ;
- Intensifier les efforts de distribution des produits d'hygiène aux détenus ;
- Etudier avec l'administration pénitentiaire, les modalités de distribution des préservatifs aux détenus ;
- Organiser des séances de sensibilisations sur les risques liés aux violences sexuelles auprès des partenaires non-payants des PS, des agents de la Force publique, des agents des prisons et des détenus.

## REFERENCES

1. ONUSIDA. Rapport Mondial sur l'épidémie du SIDA 2010. Genève, Décembre 2010.
2. ONUSIDA. Rapport Mondial sur l'épidémie du SIDA 2009. Genève, Décembre 2009.
3. ONUSIDA. Le SIDA et les rapports sexuels entre hommes. Genève, Août 2000.
4. ONUSIDA. Le SIDA dans les prisons. Genève, Avril 1997.
5. CNLS Congo. Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013. Brazzaville, 2008.
6. CNSEE et ICF MACRO. Enquête de séroprévalence et sur les indicateurs du Sida 2009. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AIS7/AIS7.pdf>, consulté le 22 août 2011.
7. F. MBOUSSOU. Facteurs associés à l'exposition au risque VIH chez les travailleuses du sexe à Brazzaville. Mémoire DES Santé Publique. ISED Dakar 2010 ; 1612.18.1.8-10.
8. OMS, ONUSIDA. Recommandations pour les enquêtes sérologiques sentinelles concernant le VIH : Femmes enceintes et autres groupes. Genève, 2004.

9. OMS, ONUSIDA. Mise en place de systèmes de surveillance de deuxième génération du VIH : Directives pratiques. Genève, septembre 2002.
10. FamilyHealth International. Guide pour les enquêtes répétées de surveillance comportementale au sein des populations exposées au VIH. <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/etufejkmsihy4ssggcaz67ift4zmgnszsjenuay2hbilgmoaiybfsu3j5ce6razwvbuowe6b6ytlac/BSSFrenchManualcomplete.pdf>, consulté le 10 mars 2009
11. CNSEE. Recensement Général de la Population et de l'Habitat ; 2007. Brazzaville, Congo.
12. OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2011. Genève, Décembre 2011.
13. UNDP. International Human Development Indicators. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/COG.html>, consulté le 27 août 2011.
14. The World Bank. Data by country. <http://data.worldbank.org/country/congo-republic>, consulté le 27 août 2011.
15. République du Congo. Rapport national des progrès vers les objectifs du millénaire pour le développement. Brazzaville, Avril 2010.
16. ONUSIDA. Le VIH et le commerce du sexe – note d'orientation de l'ONUSIDA. Genève, 2009.
17. Getnet MK, Damen H M., Amy O.T. Patterns of knowledge and condom use among population groups:results from the 2005 Ethiopian behavioral surveillance surveys on HIV. BMC Public Health 2008, 8:429.
18. Kriitmaa K, Testa A., Osman M., Bozicevic I, Riedner G, Malungu J, and al. HIV prevalence and characteristics of sex work among female sex workers in Hargeisa, Somaliland, Somalia. AIDS 2010, 24 (suppl 2):S61–S67.
19. CNLS-Guinée. Enquête de surveillance comportementale et biologique du VIH/Sida en guinee. Conakry, 2007.
20. Braunstein SL,, Ingabire CM,, Geubbels E, Vyankandondera J, Umulisa MM, Gahiro E, et al. High Burden of Prevalent and Recently Acquired HIV among Female Sex Workers and Female HIV Voluntary Testing Center Clients in Kigali, Rwanda. PLoS ONE 6(9): e24321. doi:10.1371
21. Wilson D, Chiroro P, Lavelle S, Mutero C. Sex worker, client sex behaviour and condom use in Harare, Zimbabwe. AIDS Care. 1989; 1(3):269-80.

22. Pickering H, Okongo M, Nnalusiba B, Bwanika K, Whitworth J. Sexual networks in Uganda: casual and commercial sex in a trading town. *AIDS Care*. 1997; 9(2):199-207
23. Ahoyo A.B, Alary M, Méda H, Ndour M, Batona G, Bitéra R, et al. Enquête de surveillance intégrée du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe au Bénin en 2002. *Cahiers Santé*. 2007 ; 3 (17):143-51.
24. Voeten HA, Egesah OB, Varkevisser CM, Habbema JD. Female sex workers and unsafe sex in urban and rural Nyanza, Kenya: regular partners may contribute more to HIV transmission than clients. *Trop Med Int Health*. 2007; 12(2):174-82.
25. Rosenthal D, Oanha TT. Listening to female sex workers in Vietnam: influences on safe-sex practices with clients and partners. *SexHealth*. 2006 Mar; 3(1):21-32.
26. Tohon Z, Garba A, Amadou Hamidou A, Sidikou F, Ibrahim ML, Elhadj Mahamane A, et al. Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les professionnelles du sexe de Dirkou, Niger, en 2002. *Bull Soc PatholExot*, 2006, 99(1) : 49-51
27. Shannon K, Kerr T, Strathdee SA, Shoveller J, Montaner JS, Tyndall MW. Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *BMJ*. 2009 11(339): b2939.
28. Biradavolu MR, Burris S, George A, Jena A, Blankenship KM. Can sex workers regulate police? Learning from an HIV prevention project for sex workers in southern India. *Soc Sci Med*. 2009 Apr; 68(8):1541-7.
29. Reynaga E. Recognize sex work as legitimate work. *HIV AIDS Policy Law Rev*. 2008 ;13(2-3):97-8.
30. Sarkar K, Bal B, Mukherjee R, Chakraborty S, Saha S, Ghosh A, Parsons S. Sex-trafficking, violence, negotiating skill, and HIV infection in brothel-based sex workers of eastern India, adjoining Nepal, Bhutan, and Bangladesh. *J HealthPopulNutr*. 2008 ;26(2):223-31.
31. Travis S.K. Kong, Karen Joe Laidler, Herbert Pang. Relationship type, condom use and HIV/AIDS risks among men who have sex with men in six Chinese cities. *AIDS Care*, Vol. 24, No. 4, April 2012, 517-528



32. P. Ndiaye, A. Fall, A. Tal-Dia, A. Faye, M. Diongue. Connaissances, attitudes et pratiques relatives aux IST/VIH/sida : cas des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Sénégal. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*,59 (2011): 305–311
33. UNAIDS. Hiv in prisons. <http://infection.thelancet.com> Vol 7 January 2007.
34. Adjei A, Armah HB, Gbagbo F, Ampofo WK, QuayelKE, Hesse IFA, Mensah G. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology* (2006), 55, 593–597.
35. Merrigan M, Azeez A, Afolabi B, Chabikuli ON, Onyekwena O, and al. HIV prevalence and risk behaviours among men having sex with men in Nigeria. *Sex Transm Infect* 2011;87:65-70
36. Baral S, Burrell E, Scheibe A, Brown B, Beyrer C, Bekker LG. HIV Risk and Associations of HIV Infection among men who have sex with men in Peri-Urban Cape-Town, South Africa. *BMC Public Health* 2011, 11:766
37. *Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV.* HIV in prison in low-income and middle-income countries. <http://infection.thelancet.com> Vol 7 January 2007

