



REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE LA PREVENTION MEDICALE
CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
DIVISION DE LUTTE CONTRE LE SIDA/IST



En Collaboration avec :

Coopération Française
Fonds Mondial
USAID
USDOD

ENQUÊTE NATIONALE DE SURVEILLANCE COMBINEE DES IST ET DU VIH/SIDA

ENSC 2006

RAPPORT DE SYNTHÈSE

Groupes Cibles : Militaires, Policiers, Camionneurs,
Pêcheurs et Travailleuses du sexe

(Version Corrigée)

Janvier 2007



TABLE DES MATIERES

1. RÉSUMÉ EXÉCUTIF	5
2. INTRODUCTION	10
2.1 CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE ET JUSTIFICATION.....	10
2.2 OBJECTIFS ET METHODE D'ANALYSE.....	12
2.3 ORGANISATION DU RAPPORT	13
3 - MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE	14
3.1 LES POPULATIONS CIBLES.....	14
3.2 ÉCHANTILLONNAGE.....	14
3.2.1 Les bases de sondage.....	15
3.2.2 Taille et tirage des échantillons.....	16
3.3 STRUCTURE DES QUESTIONNAIRES.....	16
3.4 DEFINITION DES TYPES DE PARTENAIRES SEXUELS.....	17
3.5 PROCEDURES DE LABORATOIRE	18
3.5.1 Prélèvements	18
3.5.2 Traitement des échantillons	18
3.5.3 Analyse et interprétation.....	18
3.5.4 Relations entre IST et VIH	19
3.6 STRATEGIE DE TERRAIN ET BILAN DES OPERATIONS	20
3.6.1 Sensibilisation	20
3.6.2 Formation des agents de collecte et des contrôleurs	20
3.6.3 Organisation des équipes.....	21
3.6.4 Difficultés rencontrées.....	22
3.6.5 Bilan des opérations	22
3.7 QUALITE ET COMPARABILITE DES DONNEES D'ENQUETES SENSIBLES.....	23
3.8 CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	23
3.8.1 Consentement éclairé.....	23
3.8.2 Préservation de l'anonymat du répondant.....	24
3.8.3 Délivrance des résultats des tests VIH.....	24
3.8.4 Prise en charge des participants	24
3.8.5 Risques et bénéfices pour les participants.....	24
4 - RESULTATS	25
4.1 CARACTERISTIQUES DES REpondANTS ET SEROPREVALENCE	25
4.1.1 Profils des populations cibles.....	25
4.1.1.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	25
4.1.1.2 Statut dans la profession.....	27
4.1.1.3 Trois facteurs de vulnérabilité : la mobilité professionnelle, les consommations d'alcool et de drogues et les violences contre les travailleuses du sexe	30
La mobilité professionnelle.....	30
Les consommations d'alcool et de drogues	31
Les violences envers les travailleuses du sexe	32
4.1.2 Sérologies et facteurs associés à une séropositivité au VIH.....	33
4.1.2.1 Sérologies du VIH et d'autres IST	33
4.1.2.2 Caractéristiques sociodémographiques et infection à VIH.....	33
4.1.3 Facteurs sociodémographiques, professionnels et sérologiques associés au risque de séropositivité.....	37
4.2 CONNAISSANCES SUR LE VIH/SIDA ET LES AUTRES IST ET PERCEPTION DES RISQUES	39
4.2.1 Connaissance du SIDA et de la séropositivité.....	39
4.2.2 Sources d'information.....	40
4.2.3 Gravité de la maladie	41
4.2.4 Transmission du VIH/SIDA.....	42
4.2.5 Prévention du VIH/SIDA.....	45
4.2.6 Connaissances et antécédents des autres IST.....	47
4.2.7 Perception des risques personnel et pour le groupe professionnel.....	49
4.2.8 Facteurs de connaissance et de perception du VIH/SIDA associés à une séropositivité	52

4.3	RISQUES SEXUELS ET FACTEURS DE VULNERABILITE.....	54
4.3.1	<i>L'entrée en vie sexuelle.....</i>	54
4.3.2	<i>Comportements sexuels chez les groupes professionnels masculins.....</i>	55
4.3.2.1	La sexualité au cours des douze derniers mois et indicateurs de risque	55
4.3.2.2	Types de partenaires sexuelles et utilisation du préservatif	57
	<i>Les partenaires régulières</i>	57
	<i>Les partenaires occasionnelles en zone de résidence.....</i>	59
	<i>Les partenaires commerciales.....</i>	61
4.3.2.3	Sexualité, comportements de protection et séropositivité	62
4.3.2.4	Situation de mobilité et prise de risque.....	65
4.3.3	<i>Comportements sexuels chez les travailleuses du sexe</i>	67
4.3.3.1	La sexualité au cours de la dernière semaine.....	67
4.3.3.2	Types de partenaires sexuels et utilisation du préservatif.....	68
	<i>Les partenaires payants nouveaux et anciens au cours de la dernière semaine</i>	68
	<i>Les partenaires non payants au cours du dernier mois.....</i>	69
4.3.4	<i>Facteurs relatifs aux pratiques sexuelles et de protection associés à une séropositivité</i>	70
	<i>Les groupes professionnels masculins.....</i>	70
	<i>Les travailleuses du sexe</i>	71
4.4	CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS SEXUELS	73
4.4.1	<i>Changements de comportements déclarés.....</i>	73
4.4.2	<i>Attitudes et pratique du test de dépistage au cours des douze derniers mois</i>	76
4.5	STIGMATES ET DISCRIMINATIONS.....	77
4.5.1	<i>Les groupes désignés à risque.....</i>	78
4.5.2	<i>Attitudes à l'égard des personnes infectées.....</i>	78
5	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	80
6	ANNEXES	82

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU - 3-1 REPARTITION DES ECHANTILLONS SELON LES POPULATIONS CIBLEES.....	15
TABLEAU - 3-2 FACTEUR DE MAJORATION DU RISQUE D'INFECTION A VIH SELON L'AGENT INFECTIEUX SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE	19
TABLEAU - 3-3 BILAN DE LA COLLECTE SELON LA POPULATION CIBLE ENQUETEE	23
TABLEAU - 4-1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES POPULATIONS ENQUETEEES	26
TABLEAU - 4-2 FACTEURS A RISQUE DES POPULATIONS ENQUETEEES : MOBILITE PROFESSIONNELLE, CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES	31
TABLEAU - 4-3 PREVALENCE DU VIH SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES DES COMPORTEMENTS SEXUELS, TOUS GROUPES PROFESSIONNELS CONFONDUS.	32
TABLEAU - 4-4 SEROLOGIE DU VIH, DE L'HERPES DE TYPE 2 ET DE LA SYPHILIS SELON LES POPULATIONS CIBLEES	33
TABLEAU - 4-5 PREVALENCE A VIH SELON CERTAINS FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES, PROFESSIONNELS ET DE MOBILITE CHEZ LES MILITAIRES ET LES POLICIERS	35
TABLEAU - 4-6 PREVALENCE A VIH SELON CERTAINS FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES, PROFESSIONNELS ET DE MOBILITE CHEZ LES CAMIONNEURS ET LES PECHEURS	36
TABLEAU - 4-7 PREVALENCE A VIH SELON CERTAINS FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES, PROFESSIONNELS ET DE MOBILITE CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE	37
TABLEAU - 4-8 FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES, PROFESSIONNELS, DE MOBILITE ET SEROLOGIQUES ASSOCIES AU RISQUE D'INFECTION AU VIH PARMI LES CIBLES MASCULINES ET CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE... 39	
TABLEAU - 4-9 CONNAISSANCE DE L'EXISTENCE DU SIDA ET DE LA SEROPOSITIVITE SELON LA CIBLE ENQUETEE ET L'ENQUETE (BSS-3 ET ENSC – 2006).....	39
TABLEAU - 4-10 NIVEAUX D'ADHESION AUX IDEES FAUSSES LES PLUS REPANDUES SUR LA TRANSMISSION DU VIH, SELON LA POPULATION D'ETUDE, ET COMPARES A L'ENQUETE BSS-3 (2002).....	42
TABLEAU - 4-11 PROPORTION DES ENQUETES AYANT UNE TRES BONNE CONNAISSANCE DU MODE DE TRANSMISSION SEXUELLE (AVEC REJET DE TOUTES LES FAUSSES CROYANCES) : ICT-2, PAR CIBLE ET SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES.	45
TABLEAU - 4-12 CONNAISSANCES DES IST CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME SELON LA CIBLE INTERROGEE....	48
TABLEAU - 4-13 FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES, PROFESSIONNELS, DE MOBILITE, COGNITIFS ET SEROLOGIQUES ASSOCIES AU RISQUE D'INFECTION AU VIH PARMI LES CIBLES MASCULINES ET CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE	53
TABLEAU - 4-14 CARACTERISTIQUES DE L'ENTREE EN VIE SEXUELLE DES REpondANTS SELON LEUR GROUPE PROFESSIONNEL D'APPARTENANCE.	55
TABLEAU - 4-15 MULTIPARTENARIAT SEXUEL SELON LE TYPE DE PARTENAIRES ET LE GROUPE PROFESSIONNEL (CIBLES MASCULINES).	56
TABLEAU - 4-16 CARACTERISTIQUES DE LA DERNIERE PARTENAIRE SEXUELLE REGULIERE (PSR), AUTRE QUE L'EPOUSE, ET USAGE DU PRESERVATIF SELON LE GROUPE PROFESSIONNEL (CIBLES MASCULINES).	57
TABLEAU - 4-17 CARACTERISTIQUES DE LA DERNIERE PARTENAIRE SEXUELLE OCCASIONNELLE (PSO) SUR LE LIEU DE RESIDENCE ET USAGE DU PRESERVATIF SELON LE GROUPE PROFESSIONNEL (CIBLES MASCULINES).	60
TABLEAU - 4-18 FREQUENTATION DES PARTENAIRES SEXUELLES COMMERCIALES (PSC) ET USAGE DU PRESERVATIF LORS DU DERNIER RAPPORT SELON LE GROUPE PROFESSIONNEL (CIBLES MASCULINES).	61
TABLEAU - 4-19 PREVALENCE DU VIH SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES DES COMPORTEMENTS SEXUELS, TOUS GROUPES PROFESSIONNELS MASCULINS CONFONDUS.....	62
TABLEAU - 4-20 FREQUENTATION DE PARTENAIRES SEXUELLES OCCASIONNELLES SUR LE LIEU DE RESIDENCE ET EN DEPLACEMENT PROFESSIONNEL ET UTILISATION DU PRESERVATIF, SELON LE GROUPE PROFESSIONNEL..	65
TABLEAU - 4-21 PREVALENCE DU VIH ET DE L'HERPES SELON QUE L'ENQUETE S'EST DEPLACE AU SENEGAL OU A SEJOURNE A L'ETRANGER POUR DES RAISONS PROFESSIONNELLES ET SELON LA CIBLE.....	66
TABLEAU - 4-22 REPARTITION DES TRAVAILLEUSES DU SEXE (ENREGISTREES ET NON ENREGISTREES) SELON LE TYPE DE PARTENAIRE DECLARE AU COURS DES DE LA DERNIERE SEMAINE ET LEUR NOMBRE.....	67
TABLEAU - 4-23 CARACTERISTIQUES DU DERNIER RAPPORT PAYANT ET USAGE DU PRESERVATIF, SELON LE TYPE DE PARTENAIRE PAYANT, CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE ENREGISTREES ET NON ENREGISTREES.	68
TABLEAU - 4-24 CARACTERISTIQUES DU DERNIER PARTENAIRE NON PAYANT, ET USAGE DU PRESERVATIF CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE ENREGISTREES ET NON ENREGISTREES.....	69
TABLEAU - 4-25 FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES, PROFESSIONNELS, DE MOBILITE, COGNITIFS, SEROLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX ASSOCIES AU RISQUE D'INFECTION AU VIH PARMI LES CIBLES MASCULINES ET CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE	71
TABLEAU - 4-26 FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES, PROFESSIONNELS ET COGNITIFS ASSOCIES AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS DANS L'ENSEMBLE DES CIBLES PROFESSIONNELLES.	74

TABLEAU - 4-27 FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES, PROFESSIONNELS ET COGNITIFS ASSOCIES A UN CHANGEMENT POUR LA FIDELITE ET POUR L'USAGE DU PRESERVATIF DANS L'ENSEMBLE DES CIBLES PROFESSIONNELLES MASCULINES.....	75
TABLEAU - 4-28 FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES, PROFESSIONNELS ET COGNITIFS ASSOCIES A UNE ATTITUDE DE REJET DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PARMI LES GROUPES PROFESSIONNELS MASCULINS ET CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE.	79

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE - 6-1 PROPORTION (%) D'ENQUETES CONNAISSANT LES SYMPTOMES IST CHEZ LA FEMME, SELON LE NOMBRE DE SYMPTOMES CITES SPONTANEMENT ET LE GROUPE PROFESSIONNEL.	82
ANNEXE - 6-2 PROPORTION (%) D'ENQUETES CONNAISSANT LES SYMPTOMES IST CHEZ L'HOMME, SELON LE NOMBRE DE SYMPTOMES CITES SPONTANEMENT ET LE GROUPE PROFESSIONNEL.	82
ANNEXE - 6-3 REPARTITION DES REpondANTS SELON LE TYPE DE PARTENAIRE DECLARE AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS ET LEUR NOMBRE, PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE (CIBLES MASCULINES).	83

TABLE DES FIGURES

FIGURE 4-1 DISTRIBUTION DES POPULATIONS ENQUETÉES SELON LEUR STATUT DANS LA PROFESSION	27
FIGURE 4-2 DISTRIBUTION DES TRAVAILLEUSES DU SEXE SELON QU'ELLES SONT OU NON ENREGISTRÉES ET LEUR LIEU PRINCIPAL D'EXERCICE.	29
FIGURE 4-3 DISTRIBUTION DES TRAVAILLEUSES DU SEXE SELON QU'ELLES SONT OU NON ENREGISTRÉES ET SELON LES VIOLENCES SEXUELLES ET PHYSIQUES SUBIES AU COURS DE LEUR VIE.	30
FIGURE 4-4 PROPORTION D'ENQUÊTES SELON LA CIBLE ET LA SOURCE D'INFORMATION SUR LE VIH/SIDA CITÉE SPONTANÉMENT.	40
FIGURE 4-5 PROPORTION D'ENQUÊTES IGNORANT QUE LE SIDA EST UNE MALADIE INCURABLE, SELON LA CIBLE ENQUÊTÉE.	42
FIGURE 4-6 PROPORTION D'ENQUÊTES IGNORANT QUE LE SIDA PEUT SE TRANSMETTRE PAR VOIE SEXUELLE, PAR VOIE SANGUINE OU DE LA MÈRE À L'ENFANT, SELON LA CIBLE ENQUÊTÉE.	42
FIGURE 4-7 PROPORTION D'ENQUÊTES AYANT UNE BONNE CONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION DU VIH (INDICATEURS COMPOSITES) SELON LA POPULATION D'ÉTUDE.	43
FIGURE 4-8 PROPORTION D'ENQUÊTES NE SACHANT PAS QUE L'ON PEUT SE PROTÉGER CONTRE LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH/SIDA, SELON LA CIBLE D'ÉTUDE.	45
FIGURE 4-9 NIVEAUX DE CONNAISSANCE DES MÉTHODES DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH, SELON LA CIBLE D'ENQUÊTÉE.	45
FIGURE 4-10 NIVEAUX DE FAUSSES CROYANCES RELATIVES AUX MÉTHODES DE PRÉVENTION DE L'INFECTION DU VIH, SELON LA CIBLE D'ENQUÊTÉE.	47
FIGURE 4-11 PROPORTION D'ENQUÊTES SELON LA CIBLE ET LA SOURCE D'INFORMATION SUR LES IST CITÉE SPONTANÉMENT.	49
FIGURE 4-12 AUTO-EVALUATION DU RISQUE D'ÊTRE INFECTÉ PAR LE VIH, SELON LE GROUPE PROFESSIONNEL.	50
FIGURE 4-13 PROPORTION DES ENQUÊTES ESTIMANT N'AVOIR AUCUN RISQUE D'ÊTRE INFECTÉ PAR LE VIH, SELON LE GROUPE PROFESSIONNEL ET LA PÉRIODE D'ENQUÊTE (BSS3, 2001/02 ET ENSC, 2006).	51
FIGURE 4-14 PERCEPTION DU NIVEAU DE DANGER QUE REPRÉSENTE LE VIH/SIDA POUR LE GROUPE PROFESSIONNEL, SELON LA CIBLE D'ÉTUDE.	51
FIGURE 4-15 PROPORTION DES ENQUÊTES MASCULINS AYANT DÉCLARÉ AVOIR EU DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELLES ET COMMERCIALES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS, SELON LE GROUPE PROFESSIONNEL ET LA PÉRIODE D'ENQUÊTE (BSS3, 2002 ET ENSC, 2006).	56
FIGURE 4-16 RAISONS POUR LESQUELLES LE PRÉSÉRATIF N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ LORS DU DERNIER RAPPORT SEXUEL AVEC UNE PARTENAIRE SEXUELLE RÉGULIÈRE (PSR) ET OCCASIONNELLE (PSO) SUR LE LIEU HABITUEL DE RÉSIDENCE (TOUTES CIBLES MASCULINES CONFONDUES).	59
FIGURE 4-17 LIEUX DE RENCONTRE DE LA DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE OCCASIONNELLE FRÉQUENTÉE SUR LE LIEU DE RÉSIDENCE HABITUEL DU RÉPONDANT, SELON LE GROUPE PROFESSIONNEL.	61
FIGURE 4-18 PROPORTION DES ENQUÊTES MASCULINS AYANT DÉCLARÉ AVOIR UTILISÉ DE FAÇON SYSTÉMATIQUE LE PRÉSÉRATIF LORS DE RELATIONS SEXUELLES AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELLES ET COMMERCIALES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS, SELON LE GROUPE PROFESSIONNEL ET LA PÉRIODE D'ENQUÊTE (BSS3, 2002 ET ENSC, 2006).	61
FIGURE 4-19 TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH ET DE L'HERPES, TAUX DE FRÉQUENTATION D'UNE PARTENAIRE AUTRE QUE LA OU LES ÉPOUSES ET TAUX D'UTILISATION DU PRÉSÉRATIF, SELON LE STATUT MATRIMONIAL.	63
FIGURE 4-20 TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH, TAUX DE FRÉQUENTATION D'UNE PARTENAIRE AUTRE QUE LA OU LES ÉPOUSES ET TAUX D'UTILISATION DU PRÉSÉRATIF, SELON LE GROUPE PROFESSIONNEL.	64
FIGURE 4-21 PROPORTION DES TRAVAILLEUSES DU SEXE AYANT DÉCLARÉ AVOIR UTILISÉ DE FAÇON SYSTÉMATIQUE LE PRÉSÉRATIF LORS DE RELATIONS SEXUELLES AVEC DES PARTENAIRES PAYANTS ET NON PAYANTS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS, SELON LEUR STATUT PROFESSIONNEL ET LA PÉRIODE D'ENQUÊTE (BSS3, 2002 ET ENSC, 2006).	70
FIGURE 4-22 PROPORTION DE RÉPONDANTS AYANT DÉCLARÉ UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS DEPUIS LEUR CONNAISSANCE DU VIH/SIDA, SELON LES GROUPES PROFESSIONNELS ET LA PÉRIODE D'ENQUÊTE (BSS-3, 2001/02 ET ENSC, 2006).	73
FIGURE 4-23 TYPES DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS DÉCLARÉ SELON LE GROUPE PROFESSIONNEL.	75
FIGURE 4-24 ÉVOLUTION DU TYPE DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS DÉCLARÉ, SELON LES GROUPES PROFESSIONNELS ET LA PÉRIODE D'ENQUÊTE (BSS-3, 2001/02 ET ENSC, 2006).	75
FIGURE 4-25 ÉVOLUTION DU TEST DE DÉPISTAGE DU VIH, SELON LES GROUPES PROFESSIONNELS ET LA PÉRIODE D'ENQUÊTE (BSS-3, 2001/02 ET ENSC, 2006).	76
FIGURE 4-26 CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES A ÉTÉ RÉALISÉ LE TEST DE DÉPISTAGE DU VIH, SELON LES GROUPES PROFESSIONNELS.	77

FIGURE 4-27 PROPORTION DES REPONDANTS CITANT SPONTANEMENT DES GROUPES SOCIAUX COMME ETANT « A RISQUE » SELON LA CIBLE PROFESSIONNELLE.	78
FIGURE 4-28 ATTITUDE DE REJET DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, SELON LE GROUPE PROFESSIONNEL (INDICATEUR COMBINE).	78

1. RÉSUMÉ EXÉCUTIF

En plus de se situer à un faible niveau (0,7% en population générale ; EDS, 2005), l'épidémie se caractérise aujourd'hui par sa concentration dans certains groupes (qu'ils soient à risque ou vulnérables), par sa répartition inégale entre les régions et par des évolutions variables selon les sites de surveillance. Afin de permettre une riposte rapide et efficace, la collecte de l'information devait donc être à la fois plus ciblée, tant du point de vue des groupes vulnérables que des lieux géographiques, et combinée en associant les surveillances biologique et comportementale, c'est-à-dire en permettant la mesure du risque et l'analyse des facteurs de vulnérabilité qui peuvent l'expliquer.

C'est dans ce cadre et pour répondre à ces besoins que la Division de Lutte contre le Sida et les IST (DLSI) a décidé d'entreprendre, sous l'égide du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), la première Enquête Nationale de Surveillance Combinée (ENSC 2006) en collaboration avec l'USAID/FHI, la Coopération Française, le Fonds Mondial et l'USDOD.

Ces données de suivi biologique et comportemental ont pour objectifs i) d'identifier les sous-populations les plus exposées au risque d'infection au VIH (en raison soit de leur occupation professionnelle, de leur mobilité ou de leur activité sexuelle), ii) de vérifier si ces groupes constituent des « passerelles » liant les groupes à fort risque d'infection à ceux qui sont généralement moins exposés et iii) de dégager les premiers changements dans les niveaux de connaissance, de perception et de comportements à risque de ces groupes professionnels et iv) de définir les principales situations de vulnérabilité auxquelles sont confrontés les groupes ciblés.

Les groupes enquêtés sont : les militaires, les policiers, les pêcheurs, les camionneurs et les travailleuses du sexe. Ils ont été choisis en raison des risques que l'on suppose associés à leur profession, soit une sexualité payante (pour les travailleuses du sexe), l'effet de l'uniforme (pour les militaires et les policiers) et la mobilité professionnelle, notamment à l'étranger. Concernant ce dernier critère, nous avons pu noter qu'environ le tiers des camionneurs (37%), des pêcheurs (33%) et des militaires (32%) ont séjourné à l'étranger au cours des douze mois précédant l'enquête. Enfin, ces groupes ont été sélectionnés, pour la majorité d'entre eux, du fait de l'existence de données de comparaison (BSS-3, 2001/02).

L'enquête a été réalisée entre le 30 mai au 14 juillet 2006 sur l'ensemble des onze régions qui composent le territoire national. L'échantillon a été défini de façon aléatoire et pour être représentatif au niveau national. Deux types de collecte ont été conduits simultanément, un recueil par questionnaire comportemental (ESC/CACP) et un autre par prélèvements biologiques. Au total, 3462 questionnaires ont été remplis et 3332 prélèvements de sang. Le taux de refus est resté relativement faible (3,8%) en raison des efforts importants de sensibilisation des autorités administratives et professionnelles et des enquêtés.

L'ensemble des informations recueillies ont globalement tenté de répondre à quatre questions principales :

1. Les groupes professionnels ciblés, et notamment les groupes masculins, sont-ils plus atteints par l'infection à VIH que le reste de la population du Sénégal ?
2. Y a-t-il eu des progrès réalisés parmi ces groupes professionnels, entre 2001/02 et 2006, sur le plan de à la fois des connaissances du VIH/SIDA, des perceptions du risque et des comportements sexuels ?
3. Les cibles masculines constituent-elles aujourd'hui des groupes « passerelles » entre les groupes à risque et la population générale, susceptibles de favoriser la diffusion de l'épidémie ?
4. Quelles sont les situations de vulnérabilité qui peuvent favoriser l'infection à VIH parmi ces groupes professionnels ?

Les tests sanguins ont permis d'évaluer, avec un faible risque d'erreur, la prévalence à VIH des groupes enquêtés. Comparés au niveau national (0,4% pour les hommes âgés entre 15 et 54 ans et 0,9% chez les femmes âgées de 15 à 49 ans), les niveaux de séroprévalence de tous les groupes étudiés sont supérieurs aux moyennes nationales. Ainsi, par ordre croissant, nous obtenons des prévalences à VIH de 0,6% pour les policiers, de 0,7% chez les militaires, de 1,0% parmi les

pêcheurs, de 1,3% chez les camionneurs et de 19,8% pour les travailleuses du sexe. Cependant, les différences avec la population générale ne sont significatives que parmi les pêcheurs, les camionneurs et bien évidemment les travailleuses du sexe. **Les pêcheurs et les camionneurs sont donc bien des groupes plus atteints que la population masculine du Sénégal.** En revanche, et compte tenu des tailles d'échantillon, les séroprévalences à VIH trouvées chez les policiers et les militaires ne sont pas statistiquement différentes de celles recueillies par l'EDS-IV, en 2005.

Environ vingt ans après le début de l'épidémie, **la presque totalité des populations ciblées (99,5% et 100%) ont entendu parler du SIDA.** Dans l'ensemble, ces résultats sont proches de ceux obtenus en population générale : 98% des hommes sénégalais ont entendu parler du SIDA (Ndiaye et Ayad, 2006). De même, on constate que **la plupart des connaissances, dont de la notion séropositivité** (personne infectée peut paraître en bonne santé et transmettre le VIH), **ont globalement progressé dans les groupes où la comparaison est possible.** Pour la séropositivité, cette amélioration est particulièrement nette parmi les militaires (46% de progression) et les camionneurs (97% de progression). Par contre, nous ne notons pas de véritables changements chez les pêcheurs. Reste néanmoins que 10 à 37% des cibles masculines ignorent encore en 2006 cette notion.

Pour autant, ces connaissances ne signifient pas nécessairement qu'elles soient totalement réappropriées par les enquêtés. Selon la cible considérée, entre 6 et 10% des personnes qui déclarent connaître le SIDA, ont quand même des doutes sur la réalité de cette maladie. Cette attitude est plus fréquente chez les pêcheurs (10%) et les policiers (9%). Parmi les populations déjà enquêtées en 2002 (BSS-3), on note que la proportion des personnes ayant des doutes sur l'existence du SIDA reste assez stable, à l'exception des pêcheurs, où elle passe de 4 à 10%.

De même, on constate qu'entre 45 et 88% des cibles déclarent croire en fausses idées sur la transmission du VIH. **Ces fausses croyances ont globalement régressé entre 2001/02 et 2006 parmi l'ensemble des cibles enquêtées, sauf en ce qui concerne l'idée que le VIH peut se transmettre par un moustique qui a progressé parmi les pêcheurs et les camionneurs.** Au total, les fausses croyances perturbent assez fortement les bonnes connaissances acquises sur la transmission sexuelle du VIH, notamment parmi les pêcheurs et les camionneurs qui ne sont, respectivement, que 12 et 22% à bien connaître la transmission du VIH par les voies sexuelles et à rejeter toutes les fausses idées. Cette proportion oscille autour de 50% pour les autres groupes professionnels.

Dans le processus du changement de comportement, la perception du risque (ou attitudes face au risque) a indéniablement une fonction centrale dans la plupart des théories comportementales ; ces perceptions s'élaborant à partir des connaissances et des croyances, mais aussi de la personnalité de l'individu, de ses expériences socio-sexuelles et du contexte. En fait, la perception de sa propre vulnérabilité est une condition initiale un changement de comportement. La comparaison de la perception du risque d'être infecté par le VIH entre la situation observée en 2001/02 et 2006 indique une **progression très nette dans la prise de conscience des risques sexuels.** Quelle que soit la cible, les enquêtés sont partout moins nombreux à se penser indemne de tout risque en 2006. La diminution est la plus spectaculaire parmi les militaires et les TS, puisque la proportion des personnes déclarant n'avoir aucun risque d'infection est ici réduite de moitié ou des deux tiers. Cette évolution est sans doute à mettre au crédit des nombreuses campagnes de sensibilisation qui ont ciblé ces deux groupes. Les camionneurs et les pêcheurs connaissent la même évolution, bien que plus modestement avec un taux de décroissance d'environ 20%.

Au regard des pratiques sexuelles, les progrès sont en revanche beaucoup moins évidents. Ainsi, pour les cibles masculines, la fréquentation de partenaires sexuelles occasionnelles a augmenté fortement chez les militaires (14 à 22%) et chez les pêcheurs (13 à 23%). De même, le recours aux partenaires sexuelles commerciales a été multiplié par deux parmi les pêcheurs, alors que ce comportement n'évolue pas dans les autres groupes professionnels. Parallèlement, si l'on note que l'usage systématique du préservatif demeure élevé entre 2002 et 2006 au moment des rapports sexuels avec les partenaires sexuelles commerciales, **l'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnelles a diminué pour presque toutes les cibles (baisse significative de 15 à 30%).**

Le multipartenariat régulier (en dehors de la polygamie) est un phénomène assez répandu parmi les groupes ciblés. Entre 15 et 40% des cibles masculines ont plusieurs partenaires régulières, hormis les épouses des unions polygames. Cette pratique est particulièrement forte chez les policiers

(41%). Dans le même temps, **l'usage du préservatif avec une partenaire régulière, autre que l'épouse, est assez peu fréquent, surtout parmi les camionneurs (42%) et les pêcheurs (43%).**

Du côté des travailleuses du sexe, nous constatons tout d'abord qu'elles déclarent presque toutes utiliser le préservatif, aussi bien avec un partenaire nouveau (98,2%) qu'avec un partenaire ancien (97,3%), lors du dernier rapport sexuel (97,7%) ou de façon habituelle (97,9%). Entre 2001 et 2006, l'usage du préservatif avec un partenaire payant n'indique pas d'évolution marquée. Mais, lorsque nous considérons séparément **les TS non enregistrées**, il apparaît alors qu'elles **sont 13% moins nombreuses à avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire ancien**, comparativement à leur fréquence d'utilisation du préservatif avec un partenaire nouveau ($p=0,017$). **Cette situation semble en outre s'être aggravée au cours du temps** (80% contre 90% en 2001). Enfin, en 2001 comme en 2006, **les travailleuses du sexe utilisent assez peu le préservatif avec les partenaires non payants** (46%) ; et là aussi la situation s'est détériorée chez les travailleuses du sexe non enregistrées (46% contre 60% en 2001).

Pour finir cette comparaison entre les deux enquêtes comportementales, signalons que le dépistage du VIH parmi les cibles encadrées (les militaires et travailleuses du sexe) a progressé sensiblement entre 2001/02 et 2006. Toutefois, il reste marginal dans les autres groupes professionnels (moins de 10%). En 2006, le dépistage a été une démarche individuelle et volontaire pour seulement moins du tiers des hommes déclarant avoir été testés.

A la question : « est-ce que les groupes professionnels masculins constituent des groupes passerelles dans la dynamique de l'épidémie du VIH/SIDA ? », les données de l'enquête ne permettent pas d'apporter une réponse définitive. Cependant, plusieurs résultats en favorisent certains éclaircissements. Tout d'abord nous observons que, comme le stipule la littérature scientifique, la mobilité favorise le changement de comportements sexuels. Ainsi, **la fréquentation d'une partenaire sexuelle occasionnelle pendant un déplacement augmente chez les militaires, les camionneurs et les pêcheurs**. Mais cette hausse n'est significative que parmi les militaires (+32%). Par ailleurs, nous observons que **chez les camionneurs, le risque d'être infecté par le VIH est 5,8 fois plus élevé s'ils ont voyagé à l'étranger**. Cette majoration du risque se maintient lorsque l'on considère l'ensemble des cibles masculines (VIH : 1,94% contre 0,62% ; $p=0,003$). Enfin, rappelons que chez les militaires, les camionneurs et les pêcheurs une personne sur trois a voyagé à l'étranger pour des raisons professionnelles. **Ces trois cibles sont donc susceptibles d'être des groupes passerelles.**

Au moment d'analyser les facteurs de vulnérabilité associés au risque de séropositivité à VIH, nous notons que les situations à risque sont multiples et qu'elles ne se limitent pas aux relations avec des partenaires occasionnelles ou des partenaires commerciales, pour les groupes masculins, ou encore aux rapports avec des partenaires payants pour les travailleuses du sexe.

Au regard des cibles masculines, la non utilisation de préservatifs lors des rapports avec des partenaires occasionnelles et commerciales continuent d'être, bien évidemment, des situations à risque. Ces risques doivent être intégrés d'autant plus fortement les messages de sensibilisation, que la fréquentation de ces types de partenaire progresse et que, dans le même temps, l'usage du préservatif recule sensiblement chez les cibles suivies (militaires, camionneurs et pêcheurs).

Cependant, l'analyse des facteurs de vulnérabilité montre pour l'ensemble des cibles masculines que, toutes choses égales par ailleurs, le risque d'infection est supérieur chez les hommes qui :

- Étaient positifs au test de **l'herpès de type 2** (OR=8,75 ; $p<0,001$) ;
- Avaient **séjourné à l'étranger** (OR = 2,59 ; $p=0,031$).
- Qui croyaient que le **VIH pouvait se transmettre par un moustique** (OR=3,25 ; $p=0,012$).
- Qui avaient **plusieurs partenaires sexuelles régulières** (OR=1,32 ; $p<0,001$).

Autrement dit, il ressort de cette analyse multivariée que le séjour à l'étranger et le multipartenariat régulier sont, en plus de l'herpès et d'une connaissance mal assimilée du VIH/SIDA, d'autres situations à risques qu'il importe de ne pas sous-estimer.

Le risque associé à une situation de mobilité ayant été déjà considéré au moment de l'analyse de l'effet « passerelle » des groupes cibles, nous envisagerons ici plus particulièrement le « multipartenariat régulier ». Plus de la moitié des hommes ayant plusieurs partenaires régulières n'utilisent pas systématiquement le préservatif avec la partenaire qui n'est pas leur(s) épouse(s) et ils sont tout aussi nombreux à ne pas être sûrs de la fidélité de ces mêmes partenaires.

Pour comprendre le risque lié au multipartenariat régulier, il faut considérer qu'une relation qui s'inscrit dans le temps (même si les rapports sexuels ne sont pas fréquents) induit nécessairement une impression de familiarité entre les partenaires, qui rend plus difficile l'utilisation du préservatif. De même, la répétition des visites peut amener à une requalification de la partenaire, qui d'occasionnelle ou même de commerciale, qu'elle était lors de la première rencontre, devient « régulière » au fil du temps ; ce changement de perception favorisant aussi une diminution des comportements de protection. Ainsi, les répondants qui déclarent un multipartenariat « régulier » (hors épouses) ont 1,4 fois plus de rapports sexuels non protégés (tous types de partenaires confondus) que les autres enquêtés ($p < 0,001$).

Par ailleurs, les populations mobiles qui, en raison de leur profession, sont amenées à fréquenter toujours les mêmes lieux (les mêmes escales pour les routiers ou les mêmes plages pour les pêcheurs) sont plus susceptibles de développer une sorte de connivence avec la partenaire sexuelle, qu'ils ont pris l'habitude de retrouver à chaque passage. Enfin, comme nous le verrons à la section suivante, la situation de mobilité n'augmente pas l'utilisation du préservatif, notamment chez les pêcheurs et les camionneurs.

Reste que si l'habitude modifie les perceptions de la partenaire et les comportements de protection, elle n'annule pas les risques objectifs d'infection.

De la même façon, nous observons que les travailleuses du sexe ont dans l'ensemble pris toute la mesure des risques sanitaires attachés à leur profession et utilise de façon systématique le préservatif avec des partenaires payants.

Toutefois, l'analyse des facteurs de vulnérabilité signale que, toutes choses égales par ailleurs, le risque d'infection est supérieur chez les travailleuses du sexe qui :

- Sont **âgées entre 35 et 49 ans**, par rapport au groupe d'âges des moins de 30 ans ($OR=2,20$; $p=0,007$ chez les 35-39 ans et $OR=1,76$; $p=0,031$ chez les 40-49 ans) ;
- **Consomment de l'alcool** ($OR=1,65$; $p=0,034$).
- **Ont une mauvaise connaissance de la transmission sexuelle du VIH** ($OR=1,72$; $p=0,027$).
- **N'ont pas de partenaires non payants** ($OR=1,79$; $p=0,028$). Si le risque d'infection était supérieur lorsque les TS ne se protégeaient pas avec leur partenaire non payant (par rapport à celles qui utilisaient le préservatif), la différence n'est pas significative ($OR=1,43$).

Ainsi, outre l'âge, la consommation d'alcool et la mauvaise connaissance de la transmission sexuelle du VIH, le partenariat non payant indique aussi un risque d'infection. Bien sûr, il est improbable que l'absence de partenaires non payants diminue la probabilité d'être séropositif. Mais pour comprendre ce résultat il importe de rappeler que les travailleuses du sexe ne sont pas, dans leur ensemble, séro-agnostiques. Au moment de l'enquête, elles ont déjà effectué un ou plusieurs tests VIH, dont elles connaissent le résultat (95% des TS enregistrées et 47% des TS non-enregistrées avaient effectué un test de dépistage du VIH dans les douze mois précédant l'enquête). C'est particulièrement vrai pour les travailleuses du sexe enregistrées. Or, cette situation modifie la significations des réponses et leur liaison causale avec la séropositivité des travailleuses du sexe.

Dans ce sens, nous pouvons supposer que les travailleuses du sexe séropositives (et qui le savent) gèrent le risque de rapports non protégés avec le partenaire non payant en ayant recours à « l'abstinence ». Elles sont ainsi 82%, contre 61%, pour les autres à ne pas avoir de partenaires non payants ($p < 0,001$). Mais, il reste que les autres travailleuses du sexe, et notamment celles qui ne sont pas enregistrées, sont **encore nombreuses à avoir des rapports non protégés avec leur partenaire non payant (21%)**. De ce point de vue, le partenariat non payant demeure donc une situation à risque, qui comme les relations avec des partenaires anciens, induit une baisse de vigilance des travailleuses du sexe.

Au terme de ces analyses comportementales, nous notons globalement, et nonobstant les réserves que nous venons d'émettre, que les variables associées au risque d'infection à VIH ne mettent en cause ni les relations avec des partenaires occasionnelles ou commerciales (pour les cibles masculines), ni les relations avec les partenaires payants (pour les TS). **Ce constat ne signifie pas bien sûr que ces situations ne sont pas à risque**. Bien au contraire, mais le risque qui leurs aient associées semble aujourd'hui suffisamment bien intégré pour que les répondants déclarent (à juste titre ou non) utiliser le préservatif. En revanche, les analyses descriptives sur l'utilisation du

préservatif, pour les TS, et multivariées, pour les cibles masculines, montrent que **les relations avec les partenaires régulières** (ou désignées comme telles) **et les partenaires non payants constituent d'autres situations favorables à l'infection à VIH**, car i) elles n'induisent pas toujours la fidélité du partenaire, ii) elles ne permettent que très difficilement la négociation pour l'usage du préservatif et, finalement, iii) elles produisent une sous-évaluation du risque.

2. INTRODUCTION

2.1 Contexte épidémiologique et justification

Depuis la déclaration des six premiers cas sénégalais de sida à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1986, l'épidémie du VIH/SIDA a connu une progression lente et irrégulière (Meda et col., 1999), comme l'a mise en évidence le système de surveillance biologique du VIH instauré en 1989 (CNLS, 2003).

Les estimations, basées sur la surveillance des femmes enceintes qui couvre aujourd'hui les onze régions administratives du pays, situent, pour l'année 2004, le taux de prévalence à 1,7% (CNLS, 2006). Par ailleurs, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV), réalisée en 2005 sur un échantillon national, indique chez les femmes, une prévalence du VIH aux âges reproductifs (15-49 ans) de 0,9% (Ndiaye et Ayad, 2006). Pour l'ensemble des deux sexes, ce taux est de 0,7%. Ces différences entre les deux dispositifs de collecte, désormais habituelles en Afrique subsaharienne, s'expliquent souvent par deux facteurs (UNAIDS et WHO, 2000). Les données sérologiques issues de la surveillance sentinelle tendent tout d'abord à surestimer la prévalence du VIH chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, dont une proportion importante n'est pas sexuellement active¹. A contrario, les estimations obtenues à partir d'une enquête nationale peuvent conduire à une sous-évaluation, dans les cas où les taux de refus sont élevés². Toutefois quand on contrôle ces sources de biais, les deux mesures corrigées se révèlent somme toute très proches³ et confirment un niveau épidémique national plutôt bas (moins de 1%).

En plus de se situer à un faible niveau, l'épidémie se caractérise par sa concentration dans certains groupes (qu'ils soient à risque ou vulnérables), par sa répartition inégale entre les régions et par des évolutions variables selon les sites de surveillance. Les Travailleuses du Sexe (TS) constituent ainsi, avec les Hommes ayant des Rapports sexuels avec des Hommes (HRH), les deux principaux groupes à risque. Chez les TS enregistrées, le taux de séroprévalence varie, selon les sites de surveillance, entre 15 et 30% et semble plutôt stable depuis 1999. En outre, *l'enquête de surveillance combinée sur les Travailleuses du Sexe et leurs Partenaires Sexuels Masculins* a montré que les TS enregistrées étaient plus infectées par le VIH que les TS clandestines (33,9% contre 10,1%). A partir d'une étude menée en 2005 sur 463 HRH, le ministère de la Santé a estimé le taux de prévalence du VIH au sein de cette population à 21,5%.

Par ailleurs, deux études, réalisées au début de la décennie 1990, ont permis d'identifier les migrants de travail comme un groupe à forte vulnérabilité. Ainsi, une première recherche dans le département de Matam a montré, en 1990, des différences sérologiques significatives entre les migrants internationaux et les autres personnes. Chez les personnes qui avaient voyagé hors du pays, la prévalence à VIH était de 5,4% (3,7% chez les femmes et 7,7% chez les hommes) alors qu'elle n'était que de 0,5% chez les individus qui n'avaient pas voyagé en dehors du pays (Kane et al, 1993). Rappelons que la région de Matam est fortement touchée par la migration internationale vers la Côte d'Ivoire et vers certains pays d'Afrique centrale et orientale. Cette relation entre la migration, les pratiques sexuelles à risque et le VIH a été corroborée plus récemment par une étude comportementale dans la vallée du fleuve Sénégal (Lalou et Piché, 2004 ; Lalou et coll., 2006). Enfin une étude, conduite en 1990 dans la région de Ziguinchor, a montré une association similaire entre la séropositivité et la migration temporaire rurale-urbaine (Pison et al, 1993).

L'EDS-IV présentait en 2005 des disparités régionales notables, puisque les femmes et les hommes de Ziguinchor (3,4% et 0,8%) et de Kolda (2,8% et 1,1%) avaient des taux de

¹ Selon l'EDS-IV, 53,3% des femmes âgées entre 15 et 25 ans n'avaient pas eu de rapports sexuels au moment de l'enquête (2005). Par ailleurs, 93,4% des mères enquêtées avaient consulté un professionnel de santé lors de leur dernière grossesse. Enfin, les femmes sont 1,3% à utiliser le préservatif pour éviter une grossesse et 38% pour se protéger d'une infection à VIH au cours d'un rapport sexuel à haut risque. Selon ces dernières informations, les données des sites sentinelles devraient donc être représentatives, au moins au regard de la fréquence des consultations prénatales. De même, l'utilisation relativement faible du préservatif ne devrait pas réduire beaucoup l'exposition au risque d'infection chez les femmes qui ne sont pas enceintes, par rapport aux parturientes.

² Au Sénégal, on a évalué à 15,5% la proportion des femmes éligibles au test VIH qui ont refusé le prélèvement sanguin (Ndiaye et Ayad, 2006).

³ D'après l'EDS-IV, le taux de prévalence VIH était de 1,6% chez les femmes enceintes au moment de l'enquête (contre 1,7% dans l'ensemble des sites sentinelles) et de 1,4% chez les femmes sexuellement actives. En outre, les logiciels EPP et SPECTRUM d'ONUSIDA qui permettent de redresser les données provenant des deux types de collecte estiment à 0,79% (contre 0,9% d'après les données EDS-IV) les prévalences chez les femmes de 15-49 ans, pour les années 2004 et 2005 (CNLS, 2006).

séroprévalence nettement plus élevés que les autres⁴. De même, les hommes des régions de Fatick (0,9%) et de Matam (0,8%) indiquaient, dans une moindre mesure, des niveaux de prévalence plus forts que parmi les hommes des autres régions. Dans cette cartographie du VIH, notons que ni Tambacounda ni Dakar ne se signalait particulièrement.

Sur les huit sites sentinelles qui permettent de définir une tendance de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes, Ziguinchor (avec un taux souvent plus élevé que dans les autres sites) se caractérise par une évolution stable (CNLS, 2006). De même, les sites de Fatick, Thiès, Louga et Saint-Louis se signalent par une relative stabilité du taux de prévalence. En revanche, les niveaux de prévalence à VIH présentent une légère évolution à la hausse dans les sites de Dakar (à partir de 1993), de Kaolack (à partir de 1996) et de Mbour (à partir de 2002).

Terminons cette brève présentation de la situation épidémiologique du VIH au Sénégal, en indiquant que les deux types de virus, VIH-1 et VIH-2, sont présents depuis le début de l'épidémie. Jusqu'en 1996, le VIH-2 était la souche la plus prévalente dans le pays. Depuis lors, l'infection à VIH-1 prédomine sur celle à VIH-2, le nombre des co-infections étant assez rare (CNLS, 2003).

Dans son évaluation du programme de lutte contre le sida au Sénégal, Meda et collègues (1999) et l'ONUSIDA (2001) imputent les taux de prévalence observés au Sénégal – taux jugés faibles – à quatre facteurs qui exposent directement à l'infection à VIH :

- le début tardif de la vie sexuelle et la rareté des rapports sexuels extraconjugaux ;
- la bonne connaissance du VIH/SIDA et de ses risques ;
- la forte prévalence de l'usage du condom lors des rapports sexuels occasionnels, notamment lors de rapports rémunérés ;
- et la faible prévalence de certaines IST ulcéraives.

Ils relient les trois derniers facteurs aux actions de prévention et de lutte contre les IST et le premier à des valeurs sociales et religieuses, même si ces dernières ont pu être renforcées et entretenues par le programme de lutte.

En dépit d'une certaine pertinence, ces explications très générales, basées souvent sur des informations parcellaires, – parfois localisées ou parfois nationales, quelquefois spécifiques à un groupe vulnérable ou bien représentatives de l'ensemble de la population nationale –, se révèlent cependant insuffisantes pour rendre compte de la dynamique d'une épidémie concentrée : quand les risques d'infection varient fortement entre certains groupes sociaux et entre les zones géographiques. En outre les surveillances biologique et comportementale, même quand elles ont traité de populations plus ciblées (comme les TS, les militaires, les routiers, les pêcheurs ou les commerçants), ont été presque toujours conduites de façon dissociée ou exclusive, en séparant la mesure du risque des facteurs de vulnérabilité qui pouvaient l'expliquer⁵.

Dans cette perspective, trois enquêtes de surveillance comportementale ont été réalisées. Elles ont suivi la méthodologie et utilisé les outils de collecte développés par Family Health International (FHI)⁶. La première enquête (BSS-1) a été effectuée en 1997 dans 4 régions, auprès des étudiants du secondaire (collège et lycée) et de l'université, des travailleurs du secteur formel et des TS enregistrées. La seconde enquête, réalisée en 1998 (BSS-2), a étendu la phase 1 à l'ensemble des 10 régions qui constituaient alors le territoire national et inclus de nouveaux groupes vulnérables : les apprentis du secteur informel, les bonnes, les femmes affiliées à des associations, les camionneurs et les prisonniers. La troisième enquête, survenue en 2001 (BSS-3), a été réalisée dans les 10 régions du Sénégal et au sein des sous-populations suivantes : les élèves du secondaire (collège et lycée), les apprentis du secteur informel, les vendeuses ambulantes, les commerçants et les travailleuses du sexe (enregistrées ou clandestines). Ce dernier passage a été complété en 2002 par une enquête menée auprès des militaires, des pêcheurs, des routiers et des saisonniers.

Afin de mieux cerner les concentrations du virus, à la fois démographique et géographique, de mieux en comprendre les causes et finalement de mieux guider les programmes de lutte, il importait de renforcer le système statistique en incluant des enquêtes de surveillance combinée (sérologie et comportements). Suivant les recommandations de l'ONUSIDA et de l'OMS pour les pays à épidémie concentrée, une surveillance de seconde génération, a ainsi été mise en place, afin de suivre de

⁴ Indiquons que les taux de refus au test du VIH ont été les plus faibles à Ziguinchor et à Kolda, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes. Globalement, ils étaient 4 à 5 fois plus faibles que ceux, par exemple, des régions de Matam et de Saint-Louis.

⁵ L'enquête sur les HRH constitue à ce titre une première exception.

⁶ Voir le *Guide Pour Enquêtes Répétées de Surveillance Comportementale au Sein de Populations Exposées au VIH* disponible sur le site internet de FHI : http://www.fhi.org/en/HIV/AIDS/pub/guide/res_frenchbssstudies.htm

façon périodique les comportements sexuels et la prévalence du VIH et des autres IST chez les groupes à haut risque, comme les travailleuses du sexe (TS) et les hommes ayant des rapports homosexuels (HRH), et chez les groupes passerelles (i.e. les groupes favorisant le passage du virus des groupes à haut risque vers la population générale). Ces données de suivi biologique et comportemental étaient donc essentielles, à la fois i) pour identifier les sous-populations les plus exposées (en raison soit de leur occupation professionnelle, de leur mobilité, de leur âge ou de leur orientation sexuelle), ii) pour montrer s'il existe des « passerelles sexuelles » liant les groupes à fort risque d'infection à ceux qui sont généralement moins exposés et iii) pour aider les communautés et les organisateurs de programmes de lutte à mieux prendre en charge les personnes atteintes et à lancer des actions ciblées visant à briser les filières de contamination.

C'est dans ce cadre et pour répondre à ces besoins que la Division de Lutte contre le Sida et les IST (DLSI) a décidé d'entreprendre, sous l'égide du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), la première Enquête Nationale de Surveillance Combinée (ENSC 2006) en collaboration avec l'USAID, la Coopération Française, le Fonds Mondial et l'USDOD. Cette enquête a été mise en œuvre par l'APAPS, une organisation spécialisée dans le domaine des études sociales, pour le volet comportemental, et par le Laboratoire de Biologie et de Virologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD) pour les mesures de concentration bactérienne et virologique. Ces organisations ont bénéficié de l'assistance technique de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). La coordination technique de l'enquête a été assurée par un Comité Technique de Suivi composé de représentants des commanditaires et des principaux partenaires.

2.2 Objectifs et méthode d'analyse

A l'instar des rapports établis pour chacune des cinq cibles de l'ENSC 2006, l'objectif général de cette synthèse est d'évaluer, d'expliquer et de comparer les changements dans les comportements sexuels et la prévalence des IST et du VIH observés dans les groupes dit « passerelles » et chez le groupe à haut risque, que sont les TS. Plus précisément, il s'agira de :

- Mesurer et décrire les changements dans les connaissances sur le VIH/SIDA et dans les comportements sexuels, en procédant autant que possible à des comparaisons avec les résultats de l'enquête BSS-3 du Sénégal (2001) et de l'enquête complémentaire de 2002 ;
- Fournir des informations sur les réseaux et rapports sexuels entre ces groupes et la population générale ;
- Déterminer la prévalence des infections dues aux agents suivants : *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, Herpes simplex 2, *Treponema pallidum*, VIH et la vaginose bactérienne, parmi les hommes et/ou les femmes appartenant aux groupes cibles ;
- Mesurer les associations entre le niveau de connaissance, les comportements sexuels à risque et l'exposition au VIH.
- Mettre en évidence les caractéristiques spécifiques à chacun des groupes cibles, aussi bien dans les domaines des connaissances et des perceptions que de la gestion des risques sexuels.

A cette fin, la synthèse s'appuiera à la fois sur la comparaison des groupes cibles, pour les résultats les plus saillants, et sur l'approfondissement de certaines analyses explicatives. La comparaison consistera ici, non pas à dresser une comptabilité exhaustive des ressemblances et des différences entre les groupes cibles, mais à établir des liens transversaux entre les sous - populations et à partir de catégories d'analyse et d'indicateurs qui supposent la comparabilité. Cette approche devra donc permettre de révéler les logiques cognitives et comportementales qui rapprochent ou qui distinguent ces groupes, tout en tenant compte de leurs contextes professionnels spécifiques.

Cette synthèse consistera également en un approfondissement de la réflexion, à partir d'analyses causales (ou multidimensionnelles), sur les relations entre connaissances, perceptions, pratiques et séropositivité, sur les effets « passerelles » et sur le changement de comportement. Compte tenu du niveau de prévalence à VIH assez faible, nous procéderons à une analyse commune pour les populations professionnelles masculines et à une analyse séparée pour les travailleuses du sexe. L'analyse des facteurs associés à une mauvaise connaissance du VIH et autres IST (indicateur combiné) se fera sur l'ensemble des populations cibles (y incluses les travailleuses du sexe). Le risque d'infection à VIH sera donc le phénomène expliqué par analyse multivariée et en tenant compte de l'ensemble des facteurs socio-démographiques, cognitifs, de perception et comportementaux.

2.3 Organisation du rapport

Le présent rapport constitue la synthèse des rapports d'analyse établis sur chacune des cinq cibles de l'Enquête de Surveillance Combinée des IST/VIH de 2006 (ENSC 2006) dont il doit fournir une vue d'ensemble. Ces groupes sont : les militaires, les policiers, les pêcheurs, les camionneurs et les travailleuses du sexe.

Ce rapport se place donc en aval du rapport méthodologique et des rapports par cible. Les rapports par cible fournissent, par le détail et pour chacun des groupes interrogés, les résultats tirés de l'enquête, tandis que le rapport méthodologique produit l'ensemble des éléments techniques qui ont permis l'élaboration du plan de sondage (actualisation de la base de données, calcul de la taille des échantillons, méthode de tirage des unités primaires et sélection des individus enquêtés). De plus, ce rapport détaille les stratégies de terrain adoptées (sensibilisation, organisation et gestion des équipes, supervision et calendrier de progression) et indique les principales difficultés rencontrées.

Le rapport de synthèse comporte quatre chapitres (hormis celui consacré en préambule au résumé exécutif). Le chapitre introductif décrit le contexte épidémiologique, justifie l'enquête et en définit les objectifs.

Dans un deuxième chapitre, la méthodologie d'enquête et les stratégies de collecte sont traitées de façon succincte, afin de donner aux lecteurs un aperçu des approches retenues et de leur validité. Ce chapitre aborde néanmoins, plus en profondeur, les questions sur la qualité des données dites sensibles (recueillies notamment lors de l'enquête comportementale) et de leur comparabilité.

Le troisième chapitre propose une analyse comparée des résultats principaux les plus significatifs présentés dans les rapports par cible. Une première section décrit les profils des cibles enquêtées, tant sur le plan de leurs caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, que de leur mobilité ou de certaines habitudes de vie (consommation d'alcool et de drogues). Après avoir considéré les taux de couverture au test VIH, une deuxième section présente les prévalences à VIH et aux autres IST, resituées dans le contexte épidémiologique du Sénégal et selon certaines caractéristiques sociodémographiques des enquêtés. Cette partie s'achève par une analyse de l'effet des caractéristiques socioprofessionnelles sur le risque d'infection au VIH. La section suivante compare plus spécifiquement les niveaux de connaissances et de fausses croyances sur le VIH/SIDA et les autres IST, et se termine par une analyse de l'effet des facteurs de connaissance du VIH/SIDA sur la séropositivité. Les risques sexuels et les facteurs de vulnérabilité qui leur sont associés sont traités de façon comparative dans la section quatre du chapitre. Une attention particulière est accordée à la non utilisation du préservatif selon les types de partenaires, à la fois parmi les cibles masculines et chez les TS. De même sera abordée dans cette section la question des changements de comportements sexuels et de la séropositivité en situation de mobilité. Les deux dernières sections examinent respectivement les questions sur la stigmatisation et la pratique du test de dépistage volontaire.

Le cinquième et dernier chapitre de ce rapport tire finalement les leçons de l'ensemble de ces analyses et formule des recommandations pour remédier aux problèmes soulevés.

3 - MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE

Ce chapitre rappelle des éléments méthodologiques de l'ENSC 2006, susceptibles d'aider le lecteur à évaluer la qualité des informations collectées et des estimations statistiques produites. Pour plus de détails, il est recommandé de se reporter au rapport méthodologique.

3.1 Les populations cibles

Dans l'idéal, les sous-populations enquêtées devraient être choisies selon le risque infectieux qu'elles représentent dans l'environnement étudié et à la condition qu'elles soient visées par des actions de prévention en cours ou à venir. On retiendrait alors telle ou telle autre sous-population en raison de son exposition aux risques d'infection au VIH ou de son rôle particulier dans la dynamique de l'épidémie. Mais hormis pour les TS et les HRH, nous ne disposons pas d'estimations nationales récentes sur la prévalence à VIH chez les groupes vulnérables. Dans notre pratique, de nombreux facteurs autres que les facteurs épidémiologiques ont donc influencé la sélection des groupes cibles.

L'existence de bases de sondage fiables, la présence d'un nombre suffisant de sujets et de comportements à risque dans les groupes considérés et la collaboration pleine et active des autorités officielles représentant les groupes professionnels sont des paramètres qui ont été considérés au moment du choix des cibles. De même, la présence d'informations comportementales sur certains groupes vulnérables (on pense ici aux populations enquêtées lors des trois premières enquêtes BSS) a été un critère important pour réaliser le suivi de leurs connaissances et de leurs pratiques à risque. Enfin, dans les pays, comme le Sénégal, où le VIH est surtout concentré dans des sous-populations qui ont des comportements à risque plus fréquents que la normale, l'essentiel de la surveillance consiste en des enquêtes ciblant à la fois les groupes à risque et leurs groupes passerelles, c'est-à-dire les groupes de personnes qui relient ces derniers à la population générale et qui donc favorisent la propagation de l'épidémie.

Au Sénégal, les groupes à risque identifiés sont les travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Une enquête combinée ayant déjà été réalisée auprès des HRH, en 2004, l'équipe de coordination a retenu pour l'ENSC 2006 **les travailleuses du Sexe**, comme population à haut risque. Par ailleurs, tenant compte à la fois des études menées au Sénégal et de la littérature scientifique sur les groupes habituellement décrits comme vulnérables, les responsables de l'enquête ont dirigé leur choix vers les populations en uniforme et les groupes fortement mobiles du fait de leur profession. Le port de l'uniforme et la mobilité constituent soit une caractéristique, soit une situation qui favorise les comportements sexuels à risque. Considérant enfin que certains groupes mobiles ou en uniforme avaient déjà fait l'objet d'enquêtes comportementales à l'échelle nationale, nous avons choisi de favoriser le suivi (et donc l'analyse du changement) en reconduisant certains de ces groupes. Le choix s'est finalement porté sur **les militaires** et **les policiers**, pour les corps en uniforme, et sur **les pêcheurs** sur embarcation et **les camionneurs**, pour les professions mobiles. Nous faisons l'hypothèse que ces quatre groupes vulnérables constituent aussi des populations passerelles.

3.2 Échantillonnage

Les échantillons représentatifs des cibles de l'enquête ESC-CACP, couplées à l'enquête de prévalence biologique, ont été obtenus par sondage en grappes à deux degrés ; chaque site professionnel représentant une grappe, comptabilisée une seule fois dans la base de sondage⁷. En outre, la fréquentation moyenne des sites variant assez fortement d'un site à l'autre, il a été nécessaire d'estimer le niveau de fréquentation de chacun d'entre eux, par comptage des professionnels vus au cours d'un intervalle de temps donné. A partir de ces deux informations, on a été en mesure de réaliser un tirage des grappes proportionnel à la taille. Les sites tirés se répartissent selon les populations cibles de la façon suivante.

⁷ Bien que plusieurs des cibles sélectionnées aient pu exercer sur plusieurs sites, il n'y a, à notre connaissance, aucune raison de penser que le profil sociodémographique et comportemental des enquêtés varie, sur un même site, en fonction de la période d'enquête (heure de la journée ou jour de la semaine). Dans ces circonstances, une définition des grappes spatio-temporelles (time/location cluster) paraît donc inutile, y compris pour les TS. Cette procédure aurait signifié concrètement qu'une grappe peut-être incluse dans la liste de tirage autant de fois que de périodes de référence définies.

Tableau - 3-1 Répartition des échantillons selon les populations ciblées

Populations ciblées	Sites de la base de sondage	Échantillon		Taux de sondage des sites
		Sites	Population	
Militaires	32	32	750	100,0%
Policiers	51	51	600	100,0%
Pêcheurs	25	25	750	100,0%
Camionneurs	112	41	750	36,6%
Travailleuses du sexe	668	63	700	9,4%

Sur chacun des sites sélectionnés, les enquêteurs devaient administrer le questionnaire et proposer les prélèvements biologiques aux professionnels présents et éligibles, jusqu'à atteindre l'effectif fixé pour la grappe. Si au moment de l'enquête le nombre de personnes éligibles était inférieur à celui attribué à la grappe, les enquêteurs devaient passer au site suivant.

Il convient de signaler enfin que les cinq échantillons tirés sont représentatifs au niveau national, exclusivement. Des échantillons représentatifs au niveau de chaque région et pour toutes les cibles auraient nécessité des ressources humaines et financières qui auraient certainement dépassé les moyens et le calendrier du projet.

3.2.1 Les bases de sondage

L'élaboration d'un sondage aléatoire par grappes nécessite, au préalable, la mise à jour des bases de sondage existantes et l'évaluation du niveau de fréquentation de chaque site recensé. Cette étape est bien évidemment essentielle, dans la mesure où elle détermine la représentativité et la fiabilité de l'échantillon. En effet, l'omission de sites importants et nombreux pourrait induire un biais d'échantillonnage, dans le cas où les sujets des sites non retenus seraient différents de ceux retenus dans l'échantillon.

La mise à jour des bases de sondage a été une tâche plus ou moins compliquée selon les cibles de l'enquête. L'équipe de coordination a pu bénéficier d'une liste des sites professionnels actualisée pour les militaires, les policiers et les pêcheurs. En revanche, un terrain complémentaire a été nécessaire pour mettre à jour la base de sondage des camionneurs et des travailleuses du sexe.

En ce qui concerne les corps en uniforme, la constitution des bases de sondage a bénéficié de la collaboration des autorités compétentes, soit les Services Sanitaires des Armées et de la Police. Les sites recensés sont les casernes et les cantonnements pour l'Armée et les commissariats, les postes et les casernes pour la Police. Bien que précises et fiables, les listes fournies n'étaient pas totalement exhaustives en raison de l'existence de certains sites secrets. Mais ces manques n'ont probablement pas contrarié la validité de l'échantillon, dans la mesure où, du point de vue de nos objectifs, les personnels exclus n'étaient certainement pas différents de ceux de l'échantillon.

La Direction des Pêches Maritimes a procédé, en 2004, à un recensement national de l'ensemble des lieux de pêche et de leurs activités. Grâce à la coopération de cette structure et du CONIPAS, la base de sondage a pu être constituée par la liste des Conseils Locaux de Pêche Artisanale (CLPA), indiquant l'ensemble des lieux d'embarquement et de débarquement des pirogues. Les zones de pêche continentale n'ont pas été prises en compte.

Pour les camionneurs et les travailleuses du sexe, les bases de sondage ont été constituées à partir des listes établies pour la phase 3 de l'Enquête de Surveillance Comportementale (2001, complétée en 2002). Dans les deux cas, la mise à jour des informations a été réalisée avec l'appui des syndicats professionnels (CNTS et CNTS/FC pour les camionneurs) ou des ONG's intervenant auprès des cibles (AWA, Carlen, ENDA-Santé et SIDA3 pour les TS). Des équipes d'enquêteurs ont ainsi parcouru les centres urbains des onze régions afin de vérifier l'exactitude des informations disponibles, et de les compléter si besoin, par la visite des sites et par des entretiens avec les responsables locaux. A Dakar, un recensement systématique des sites de prostitution a été effectué. Les sites dénombrés sont les bars, les hôtels, les maisons closes, certaines rues fréquentées par les TS, pour les travailleuses du sexe, et les lieux d'embarquement et de débarquement des marchandises, les points d'escales ou de stationnement et les garages pour les camionneurs.

Pour toutes les cibles, ces listes ont été complétées par la localisation géographique du site, les coordonnées du responsable et le nombre moyen de professionnels qui fréquentent quotidiennement le site.

3.2.2 Taille et tirage des échantillons

Pour toutes les cibles, la taille de l'échantillon a été définie par la formule suivante :

$$n = D \frac{Nz^2p(1-p)}{2d^2(N-1) + z^2p(1-p)}$$

Où :

N = Population totale de la cible (Effectif total figurant dans la base de sondage)

z = Écart réduit correspondant au niveau de confiance α voulu (ici pour $\alpha = 5\%$, $z = 1,96$)

p = Proportion attendue dans la population cible pour l'indicateur de calcul (ici l'indicateur utilisé est « Taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec une partenaire occasionnelle au cours des 12 derniers mois » ou « Taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire payant au cours de la dernière semaine » pour les TS. Ces prévalences ont été estimées à partir des résultats obtenus en 2001/2002 lors de l'enquête BSS-3, moyennant l'hypothèse d'une légère progression. Dans le cas des policiers, qui ne faisaient pas partie de l'enquête précédente, le taux a été défini arbitrairement à 50%.

D = Effet de grappe (ici égal à 2)

d = Seuil de signification, habituellement noté α (ici, $d = 5\%$)

Les tailles des échantillons obtenus sont fournies au tableau 3.1.

Une fois les tailles d'échantillon connues, nous avons procédé à la sélection des unités primaires de sondage (ou grappes) par tirage proportionnel à la taille. De même, l'allocation du nombre de personnes à enquêter a été réalisée proportionnellement à la taille des sites. Signalons que pour les militaires, les policiers et les pêcheurs, le nombre relativement réduits des grappes a conduit au recrutement de tous les sites recensés. Cette procédure, bien qu'inhabituelle, garantit à l'évidence une meilleure représentativité de l'échantillon.

Cette approche a permis une estimation précise de taux de prévalence pour chacune des cinq cibles, et de disposer d'estimations cernées d'un intervalle de confiance suffisant pour déterminer le niveau de fiabilité des données.

3.3 Structure des questionnaires

Une première version des cinq questionnaires (et des manuels d'instruction aux enquêteurs/superviseurs) a été conçue principalement sur la base du protocole établi par le FHI et ONUSIDA (Enquête de Surveillance Comportementale (ESC)/Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques – 2ème génération (CACP)) et au regard des objectifs spécifiques, comme définis plus-haut. Ainsi, étant donné l'attention portée par ce projet sur les comportements sexuels en situation de mobilité et en situation de sédentarité, nous avons tiré profit de certaines questions validées par l'enquête *Mobilité et IST, VIH/SIDA au Sénégal* (MISS, 2000). De même, un parti a été tiré des questions élaborées en 2001 et 2002 pour l'*Enquête de Surveillance Comportementale au Sénégal, phase 3* (BSS-3).

Les cinq questionnaires ont été évalués, chacun, au cours d'un atelier de concertation. Ces cinq ateliers, qui ont duré une journée, ont réuni l'équipe de coordination et les représentants des professions (camionneurs, pêcheurs et travailleuses du sexe) et des corps (militaires et policiers) concernés.

Ces réunions de travail ont permis un réel enrichissement des questionnaires, notamment grâce à une mise en contexte :

- Meilleure prise en compte de l'organisation du travail dans ces corps de métier
- Identification plus précise des situations favorisant une prise de risques sexuels (lors des déplacements professionnels, notamment)
- Une caractérisation des types de partenaires sexuels habituellement rencontrés par les populations enquêtées

Particulièrement pour les TS, l'évaluation du questionnaire a permis :

- Une adaptation des questions relatives aux partenaires et aux rapports non-payants.

- Une meilleure intégration des logiques financières des prostituées lorsqu'elles négocient le tarif d'une prestation.
- Une meilleure prise en compte des différents lieux que peut fréquenter habituellement une même prostituée au cours de la nuit.
- Une meilleure connaissance des réalités professionnelles et sociales vécues par les TS clandestines. Ces informations ont permis également d'ajuster la stratégie de terrain.

Une dernière vérification des questionnaires a été effectuée au cours de la séance de formation des enquêteurs et des superviseurs. Ce travail a permis notamment de finaliser l'harmonisation des sections communes.

Au terme de ces étapes de validation, nous disposons de cinq questionnaires structurés en quatre sections :

- **Caractéristiques sociodémographiques.** En plus des données démographiques habituelles, cette première section a renseigné le statut et les fonctions du répondant dans sa profession, ainsi que sa consommation d'alcool et de drogue. Le questionnaire TS documente en plus les autres activités rémunérées que peut avoir l'enquêtée.
- **Mobilité.** Cette section a pour objectif de mesurer l'importance des déplacements professionnels au cours du dernier mois ou des douze derniers mois. Sont considérés ici de façon distincte les déplacements au Sénégal et à l'étranger (durée et destination). Les questions ont été adaptées pour tenir compte des réalités professionnelles de chacune des cibles. Ainsi, pour les camionneurs et les pêcheurs, le répondant devait reconstituer l'itinéraire de son dernier voyage ou de sa dernière campagne de pêche.
- **Comportements sexuels et utilisation du préservatif.** Cette section centrale à l'enquête a été subdivisée en quatre parties. La première partie consacrée aux antécédents sexuels renseigne *l'entrée en vie sexuelle*, les caractéristiques du premier partenaire et l'usage du préservatif au premier rapport. Pour les hommes, trois questions ont été posées sur les relations sexuelles avec d'autres hommes. Quant aux TS, plusieurs informations ont été collectées sur les violences physiques et sexuelles faites par les clients et par les partenaires non-payants. Pour les populations masculines, les parties B, C et D concernent les *relations sexuelles avec des partenaires régulières, des partenaires occasionnelles et les travailleuses du sexe*. Concernant les partenaires occasionnelles, des questions ont été posées sur les comportements sexuels et les pratiques de protection sur le lieu de résidence habituel de l'enquêté et sur le lieu de son dernier déplacement professionnel. Pour les travailleuses du sexe, les parties B et C traitent des *relations sexuelles avec les partenaires payants* (en distinguant les partenaires anciens et les partenaires nouveaux) et avec *les partenaires non payants*.
- **Connaissances et perceptions.** Cette section strictement commune à toutes les populations enquêtées se scinde en trois parties. La partie A aborde les *connaissances sur les IST* chez l'homme et chez la femme, les épisodes morbides traités et les symptômes d'infections sexuelles ressentis au cours de douze derniers mois. La partie B traite des *connaissances et des fausses croyances sur le VIH/SIDA* (modes de transmission et de protection), des perceptions des risques au sein de la profession et pour le répondant, des attitudes stigmatisantes, du changement de comportements sexuels et de la pratique du test de dépistage volontaire. La partie C s'intéresse enfin aux *perceptions et usages des préservatifs masculins et féminins*.

3.4 Définition des types de partenaires sexuels

Comme il est souvent d'usage dans les études comportementales sur le VIH/SIDA, on considère comme un **partenaire régulier** soit i) la personne avec qui l'enquêté est uni par les liens du mariage (union civile, religieuse ou coutumière) ou de façon consensuelle (concubinage), soit ii) la personne avec qui l'enquêté entretient une relation sexuelle stable et durable.

Par ailleurs, nous avons considéré **qu'une travailleuse du sexe** est une femme qui a des relations sexuelles avec une personne contre de l'argent et dont le montant est préalablement connu.

On entend par **partenaire occasionnelle** toute personne qui n'est pas ni partenaire régulier ni une travailleuse du sexe. Dans cette perspective, une partenaire occasionnelle recouvre bien évidemment un large éventail de situations.

Bien évidemment, la typologie du partenariat sexuel est sensiblement différente pour les travailleuses du sexe que pour le reste de la population. On distingue habituellement les partenaires payants des partenaires non payants. **Les partenaires non payants** forment une catégorie large, qui renvoie aussi bien au compagnon de cœur, qu'au protecteur ou au soutien financier, qu'elles dénomment « petit papa ». Quelques études ont montré que les comportements de protection varient souvent entre les partenaires non payants et les partenaires payants, et parmi les partenaires payants, entre les partenaires nouveaux et les partenaires anciens. **Les partenaires payants nouveaux** sont des clients que la travailleuse du sexe fréquente pour la première fois. **Les partenaires anciens**, sont en revanche, des clients qu'elle voit plus régulièrement. Cette typologie repose sur l'idée d'une prise de risque (rapport non protégé) qui augmente avec une certaine connivence avec le partenaire.

3.5 Procédures de laboratoire

3.5.1 Prélèvements

a) sanguin

Pour toutes les cibles consentantes (hommes comme femmes), un prélèvement de sang a été effectué au pli du coude dans un tube EDTA de 10 ml ou dans deux tubes de 5 ml pour faire les tests sérologiques pour le VIH, HSV2, RPR et TPHA. Ce tube est étiqueté et conservé dans une glacière.

b) d'urines

Le prélèvement d'urines n'a concerné que les militaires, les policiers, les camionneurs et les pêcheurs. Le premier jet (20 ml) d'urines a été récupéré dans un pot d'urine pour la détection par PCR de Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae.

c) de sécrétions vaginales

Les sécrétions vaginales des femmes appartenant à la cible des TS ou des femmes enceintes consentantes ont été obtenues par auto - écouvillonnage assisté. Chaque enquêtée devait introduire un écouvillon dans son vagin et en exerçant une rotation de quelques secondes. Quatre écouvillons ont été prélevés par participantes.

3.5.2 Traitement des échantillons

Les tubes sanguins ont été centrifugés puis le sérum récupéré sur des cryotubes étiquetés et conservés dans les glacières ou au réfrigérateur dans les centres de santé.

Les urines ont été agitées et 1,5 ml est prélevé et introduit dans un cryotube en polypropylène. Deux aliquots ont été effectués par échantillon.

Le premier écouvillon a été introduit dans un tube STM de Roche diagnostic pour le libérer de sa charge puis jeté. Il a permis la détection par PCR de Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae. Un autre écouvillon a été introduit dans un tube contenant de l'eau physiologique et permettra la lecture microscopique. Le troisième écouvillon a été déposé sur une lame et a permis de faire le test à la potasse.

Les échantillons prélevés ont été conservés au fur et à mesure dans des glacières contenant des iceback qui maintiennent une température d'environ 4°C. Le traitement des échantillons se faisant sur site ou au niveau des structures sanitaires, le transport s'est fait dans des glacières. Avant leur acheminement au laboratoire de référence, les échantillons étaient stockés au niveau des réfrigérateurs. Les échantillons arrivaient au laboratoire de référence avant les six jours qui suivent leur prélèvement.

Une fois au laboratoire, ils ont été congelés à -20°C avant leur analyse.

3.5.3 Analyse et interprétation

a) Sérologie rétrovirale

Elle s'est faite au niveau du laboratoire de Bactériologie-Virologie de l'hôpital A. Le Dantec et systématiquement sur tous les groupes.

Le screening a été effectué en utilisant un ELISA de 4^{ème} génération (Murex Combinaison HIV). Tout test négatif a été reporté négatif. Les tests positifs ont été triés pour être confirmés.

La confirmation a été effectuée par un test rapide discriminant de bonne sensibilité : le bispot (Immunocomb II HIV1/2). Tout test positif était rendu positif et tout résultat négatif était passé

au Western Blot (HIV Blot 2.2). Un résultat positif était rendu positif un résultat négatif était rendu négatif et un résultat indéterminé était rendu comme tel.

b) Sérologie syphilitique

Le dépistage de la syphilis a été fait en utilisant les deux tests classiques en série. Tous les échantillons de sang ont été systématiquement passés au RPR. Les échantillons trouvés réactifs à ce test ont été confirmés par le TPHA. Seuls les échantillons positifs aux deux tests ont été considérés comme positifs.

c) Sérologie herpétique

Tous les échantillons de sang ont été analysés pour détecter la sérologie herpétique en utilisant un test ELISA.

d) Analyses pour les prélèvements génitaux

Un étalement a été effectué à partir des écouvillons introduits dans le tube avec une eau physiologique. Les examens directs à l'état frais ont été effectués sur place en vue de la recherche de *Trichomonas vaginalis* et de *Candida*.

Sur une autre lame, a été effectué le test à la patasse (sniff-test). Dépôt d'une goutte de sécrétion vaginale sur une lame propre, puis ajouter une goutte de KOH à 10 %. Le test est dit positif s'il se dégage une odeur nauséabonde caractéristique de poisson avarié. Un résultat positif est fortement lié à une vaginose bactérienne.

Le pH a été mesuré à partir d'un des écouvillons et reporté sur la fiche.

Les frottis accompagnés de leur fiche ont été envoyés au laboratoire de référence. Ils y ont été colorés au Gram et lus au microscope optique à immersion (x 100).

Critères d'interprétation d'une vaginose bactérienne : il en existe plusieurs basés sur l'examen macroscopique des sécrétions vaginales, le test à la potasse, l'examen microscopique des sécrétions à l'état frais et après coloration. Dans cette étude, nous avons retenu le consensus international qui retient 3 critères parmi les suivants :

- présence de Clue Cells
- pH > 4,5
- leucorrhées malodorantes, adhérentes
- Sniff test positif

3.5.4 Relations entre IST et VIH

Les IST sont des infections acquises au cours de relations sexuelles. Elles sont dues à plusieurs pathogènes qui peuvent être des bactéries (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema palidum*), des champignons (*Candida albicans*), des parasites (*Trichomonas vaginalis*) ou des virus (Herpes simplex virus 2, VIH, ...). Les IST sont de bons marqueurs épidémiologiques de l'extension du VIH. L'infection à VIH est plus répandue dans les populations ayant une sexualité à risque et dans les populations où la prévention et l'information sur les IST sont moins bien organisées. Il existe donc une forte majoration du risque d'infection à VIH en cas de présence d'IST, comme l'exprime le tableau 3-2, ci-après.

Tableau - 3-2 Facteur de majoration du risque d'infection à VIH selon l'agent infectieux sexuellement transmissible.

Agents infectieux		Maladies	Facteur de majoration du risque d'infection
Bactéries	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonococcie	2
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	IST à Chlamydiae	1 à 3
	<i>Gardnerella vaginalis</i>	Vaginose bactérienne	3
	<i>Treponema palidum</i>	Syphilis	3 à 5
Parasites	<i>Candida albicans</i>	Candidose vaginale	2
	<i>Trichomonas vaginalis</i>	IST à <i>Trichomonas vaginalis</i>	1 à 2
Virus	Herpès simplex virus 2	Herpès génital	4 à 8

Le risque au VIH attribuable à l'HSV2 peut aller jusqu'à 50% chez les TS.

3.6 Stratégie de terrain et bilan des opérations

Les opérations de collecte se sont déroulées du 30 Mai au 19 Juillet 2006, soit une durée de 52 jours. Elles ont été effectuées par ratissage de l'ensemble des régions du pays. Pour chaque équipe responsable d'une cible, un itinéraire, prenant compte la répartition de la cible à travers le territoire national, et un calendrier des opérations leur ont été assignés.

3.6.1 Sensibilisation

Cette enquête aborde à l'évidence des sujets hautement sensibles, comme la sexualité et le SIDA. En outre, elle s'accompagne de prélèvements de sang et d'urines – actes qui produisent parfois de la crainte et de la méfiance ; autant de facteurs qui auraient donc pu contrarier l'adhésion des cibles à l'enquête.

Ce contexte n'a pas entraîné de blocages majeurs (comme nous le verrons ultérieurement avec le bilan des opérations), mais a nécessité à la fois que la coordination développe une bonne communication pendant le déroulement de l'enquête, une vigilance dans le choix et la répartition des enquêteurs et une très forte sensibilisation des autorités administratives et militaires, des organisations syndicales (nationales et locales) et de la population, avant et pendant l'enquête. Notons néanmoins qu'à de rares occasions, les équipes de terrain ont été confrontées, sur certains sites, à des situations de méfiance collective. Cependant, chacun de ces incidents a pu être levé (même s'il fut source de retard), grâce à une sensibilisation renouvelée des représentants professionnels par l'équipe de coordination.

Le programme de sensibilisation s'est effectué à 3 niveaux. Tout d'abord toutes les autorités gouvernementales concernées : Ministre de la Santé, Ministre de l'Intérieur, Ministre de l'Economie Maritime, Ministre des forces Armées, Ministre du Transport et Ministre de l'Information ont été informées et sensibilisées sur la méthodologie, les objectifs, le calendrier et les enjeux de l'enquête, ainsi que sur le type de soutien qui est attendu de leurs services.

Dans un deuxième temps, les services administratifs nationaux et régionaux s'occupant des cibles visées par l'enquête : les Gouverneurs, les Médecins Chefs de Région et de District pour les femmes enceintes et les TS ; les Commandants de zone pour les militaires ; les Commissaires pour la Police ; les Inspecteurs régionaux des pêches pour les pêcheurs et les chefs des services régionaux de transport pour camionneurs, ont été rencontrés directement par les membres du Comité Technique de Suivi au cours de missions dans les régions. Ce dialogue a été essentiel pour obtenir l'adhésion et l'appui des autorités au moment du passage des équipes dans leur région. Les groupements et les syndicats ont été l'objet d'une sensibilisation similaire par les responsables de l'équipe de coordination.

Enfin la dernière phase de sensibilisation s'est déroulée sur le terrain et a été réalisée par les chefs d'équipe auprès des responsables de site et par les enquêteurs au moment du premier contact avec les personnes éligibles. De plus, au cours de l'entretien, des supports d'IEC promotionnels (plaquettes, dépliants, tee-shirts, casquettes, etc.) et des préservatifs ont été distribués aux participants.

A chacune de ces étapes du plan de communication, il a été rappelé les points suivants : les objectifs, l'approche méthodologique, la définition des populations ciblées, les bénéfices de cette opération pour les répondants et l'appui attendu des différents acteurs.

Par ailleurs, pour minimiser les taux de refus et recueillir des informations fiables auprès des cibles, les équipes de terrain se sont appuyées sur des personnes ressources locales. Ces facilitateurs appartenaient généralement aux groupes cibles et étaient souvent des leaders. Ils ont été identifiés pendant la phase de mise à jour des bases de sondage ou au moment de l'enquête. Ils devaient introduire les équipes de collecte au niveau des différents sites et rester présents sur les sites pour aider au recrutement et au règlement de problèmes éventuels.

3.6.2 Formation des agents de collecte et des contrôleurs

La formation des agents de la collecte et des contrôleurs a eu lieu du 22 au 27 mai 2006 dans les locaux de l'Institut Islamique de Dakar, pour ce qui concerne les séances plénières et les sessions de formation du volet comportemental. Quant aux sessions de formation du volet biologique, elles se sont tenues au Laboratoire de Bactériologie et de Virologie (LBV) de l'hôpital A. Le Dantec.

Cette formation avait un triple objectif : présenter l'enquête aux intervenants (agents de collecte, contrôleurs, conseillers, préleveurs, médecins) ; les familiariser avec les procédures, les techniques et les outils retenus pour la mise en œuvre de l'enquête ; et procéder à la sélection des agents les plus performants.

L'animation de l'atelier a été assurée par les spécialistes de l'APAPS et du LBV membres de l'équipe technique de l'enquête et l'assistant technique de l'IRD. La formation a fait appel à la méthode participative. Cela a permis de mettre à contribution les connaissances et les expériences des participants et de procéder à des simulations pour faciliter la compréhension des questions les plus complexes.

Durant les deux premiers jours, un tronc commun avait permis de réunir les agents des volets comportemental et biologique pour examiner ensemble les questions relatives : au contexte dans le cadre duquel l'enquête a été mise sur pied ; aux objectifs visés ; aux cibles retenues, à la méthodologie adoptée et aux thèmes étudiés par l'enquête. Ce tronc commun a également permis d'échanger, en plénière, sur les principes et considérations éthiques liées à ce type d'enquête.

Durant les trois jours suivants, les intervenants des deux volets avaient été séparés pour permettre à chaque groupe d'approfondir les questions qui leur sont propres. Ainsi, les intervenants du volet biologique avaient été regroupés au Laboratoire de Bactériologie et de Virologie de l'hôpital A. Le Dantec pour un renforcement de leurs connaissances en matière de conseil pré test VIH, de prélèvement de sang et d'urines ainsi que dans le domaine des manipulations à faire sur le terrain. Quant aux intervenants du volet comportemental qui étaient restés à l'Institut Islamique, ils avaient été scindés en cinq groupes en fonction des cibles pour passer en revue l'ensemble du contenu de leurs questionnaires respectifs et procéder à des simulations en vue de les tester et de les finaliser.

A la fin de ces 3 jours, il a été procédé à la sélection définitive des agents les plus performants. Sur les 36 agents participant du volet comportemental, 30 ont été retenus. De même, sur les 30 participants du volet biologique, 23 ont été sélectionnés sur la base des mêmes critères de performance.

Au dernier jour les intervenants des deux volets se sont retrouvés à nouveau à l'Institut Islamique pour constituer les équipes de terrain, passer en revue les dispositions pratiques et logistiques et mettre le matériel de terrain à la disposition des équipes.

3.6.3 Organisation des équipes

Le personnel d'enquête était composé de 53 personnes réparties en fonction des cibles en 6 équipes de terrain. Hormis l'équipe chargée des femmes enceintes, composée de 3 personnes (un contrôleur, un conseiller/préleveur et un technicien de laboratoire), chacune des 5 autres équipes se composait ainsi :

- **Volet comportemental** : 1 contrôleur comportemental et 5 enquêteurs.
- **Volet biologique** : 1 contrôleur biologique, 2 conseillers/préleveurs, dont l'un était technicien de laboratoire, et d'un 1 médecin.

Soit au total, 10 agents de collecte pour chacune de ces 5 équipes et 3 agents pour la 6^e équipe en charge des femmes enceintes.

Dans tous les sites et pour toutes les cinq cibles, l'enquête a été conduite de la façon suivante : à l'arrivée dans le site, le contrôleur comportemental était chargé de procéder à la sensibilisation de la population et au recrutement des enquêtés auprès des personnes trouvées dans le site selon des principes et critères préalablement établis. Ensuite, les enquêteurs administraient les questionnaires comportementaux aux personnes éligibles qui acceptaient de se prêter à leur entretien après obtention du consentement éclairé. Une fois l'entrevue achevée, les enquêtés, munis d'un bon de consultation étiqueté, étaient orientés vers l'équipe biologique.

Cette dernière, après avoir requis leur consentement pour le dépistage du VIH et des IST, leur faisait d'abord subir un counselling avant d'effectuer les prélèvements de sang et d'urines. Pour finir, une consultation médicale gratuite était offerte aux enquêtés, avant la remise d'une carte de référence pour le retrait des résultats de leurs tests.

La supervision et le suivi de qualité ont été assurés, sur le terrain et au bureau, par deux coordonnateurs d'équipe, assistés de six personnes appartenant à l'équipe de coordination. Cette

présence régulière de la supervision sur le terrain a permis d'ajuster rapidement la stratégie d'enquête en fonction des contraintes particulières à chaque site.

3.6.4 Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées ont été de nature et d'intensité variables selon les cibles. Jamais, elles n'ont été critiques. Parmi les militaires et les policiers, les équipes de terrain n'ont été confrontées à aucune difficulté majeure, compte tenu de la grande collaboration des autorités responsables des cantonnements et des casernes.

Pour les trois autres cibles professionnelles, les principaux problèmes sont venus d'abord de la grande mobilité des populations enquêtées, assez souvent peu disponibles en raison d'un départ imminent (camionneurs et pêcheurs) ou même en grande partie absentes au moment du passage de l'équipe de terrain. Cette situation a parfois pénalisé le recrutement, notamment à Missirah pour les pêcheurs et en partie à Ziguinchor, pour les camionneurs. La circulation de TS entre les sites prostitutionnels d'une même ville a également fortement compliqué le recrutement et obligé les enquêteurs à de nombreux déplacements. En outre, le travail de nuit a grandement gêné l'organisation du terrain, notamment pour assurer la discrétion nécessaire au moment de l'entretien et des prélèvements.

Sur certains sites, l'absence des responsables informés au moment du passage des enquêteurs a produit des blocages et retards. De même, dans le cas des camionneurs, le refus de certaines usines ou entreprises d'autoriser que l'enquête se fasse auprès de leur personnel ou sur leurs sites de stationnement a nécessité l'intervention des autorités régionales (gouverneurs) pour obtenir les autorisations, et ceci après plusieurs jours de négociations. Enfin, la rivalité entre certains syndicats et entre certaines associations a eu, pour quelques cibles, un impact négatif sur la sensibilisation au niveau local.

Les conditions matérielles de travail de quelques sites ont constitué aussi des difficultés. Dans plusieurs lieux de travail, il n'y avait pas de commodités (bureaux, chaises, tables, etc.) où les enquêteurs pouvaient effectuer les entretiens avec la plus grande confidentialité. De même, l'absence d'électricité a gêné le travail de l'équipe biologique sur quelques sites. Cette situation a contraint parfois l'équipe travaillant auprès des TS à louer des locaux privés.

Signalons enfin que des opérations de dépistage antérieures ont parfois contrarié l'enquête, comme à Kayar (pour les pêcheurs) où des équipes du Ministère de la Santé étaient passées une semaine avant. Également, les pêcheurs du site Niangal/Kelle se sont montrés très réticents à participer à l'opération en raison d'une enquête biologique, menée en 2004, et pour laquelle ils n'avaient pas reçu les résultats.

3.6.5 Bilan des opérations

La taille des échantillons prévus initialement a été atteinte, voire dépassée, pour trois des cinq cibles : les militaires, les policiers et les pêcheurs. En revanche, pour les camionneurs et les travailleuses du sexe, 6 et 12% des effectifs prévus n'ont pas pu être interrogés. Globalement, ces situations s'expliquent par les difficultés d'accès à certains sites et la mobilité ou le manque de disponibilité des répondants. Pour les TS, la durée des opérations de collecte a été prolongée de quelques jours afin de limiter la déperdition.

Chez toutes les cibles, la presque totalité des personnes sollicitées ont rempli totalement le questionnaire. Parmi ces répondants, entre 0,3% et 8,7% ont refusé le prélèvement sanguin et entre 0,1% et 9,7% le prélèvement urinaire ou vaginal (pour les TS). L'adhésion à l'enquête biologique a été la plus forte parmi les corps en uniforme. Les camionneurs et les pêcheurs ont montré le plus de réticences à collaborer en raison sans doute des incompréhensions et des difficultés venues des responsables de certains sites. Le tableau 3.3, ci-après, présente le bilan chiffré de la collecte.

Tableau - 3-3 Bilan de la collecte selon la population cible enquêtée

Définition des populations cibles	Militaires	Policiers	Camionneurs	Pêcheurs	TS
	Personnes engagées ou en formation dans l'armée depuis au moins un an	Personnes engagées ou en formation dans la police depuis au moins un an	Personnels travaillant sur des camions destinés au transport national et international de marchandises	Personnels travaillant sur des embarcations destinées aux longues campagnes de pêche maritime	Travailleuses du sexe inscrites ou non sur le fichier social et sanitaire et ayant exercé le commerce du sexe, contre de l'argent, au moins une fois au cours de la dernière semaine
Echantillon prévu	750	600	750	750	700
Nombre total de questionnaires remplis	748	632	701	763	618
dont : complètement remplis	747	632	699	760	614
partiellement remplis	1	0	2	3	4
Nombre de prélèvements de sang	746	624	640	721	601
Nombre de prélèvements d'urine	747	628	653	732	-
Nombre de prélèvements vaginaux	-	-	-	-	521
Taux de réalisation (volet comportemental)	99,7%	105,3%	93,5 %	101,7%	88,3%
Taux de refus du prélèvement de sang	0,3%	1,0%	8,7 %	5,5%	2,8%
Taux de refus du prélèvement urinaire	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	-
Taux de refus du prélèvement vaginal	-	-	-	-	2,1%

Source : ENSC-2006

3.7 Qualité et comparabilité des données d'enquêtes sensibles

Les enquêtes sur la sexualité, comme toutes les enquêtes où les personnes interrogées doivent déclarer des comportements sujets à une certaine réprobation sociale et parfois illicites, appellent naturellement un questionnement sur la valeur des informations recueillies. Les risques de refus et de dissimulation sont encore plus à craindre lorsque, comme pour cette enquête, le recueil des données s'est effectué en face à face. Mais comme nous venons de le voir, les prévisions des échantillonnages ont été tenus dans une proportion d'au minimum 90%.

Ce résultat ne retire rien aux risques d'un décalage entre le comportement réel et celui qui est déclaré. Nous ne pouvons pas exclure, en effet qu'une partie des enquêtés aient ajusté leurs réponses aux normes en vigueur dans la communauté ou en fonction du discours de la santé publique. Ces problèmes, importants quand il s'agit de mesurer un niveau global de risque dans une population, doivent être pourtant relativisés dans le cas de comparaison ou d'analyse d'évolution. Ainsi, les comparaisons des comportements sexuels entre la situation de sédentarité et la situation de mobilité, entre différents types de partenaires, ou encore entre deux enquêtes de surveillance comportementale seraient compromises si les biais de déclaration varient en fonction des catégories d'analyse. Or, notre connaissance du contexte ne permet pas de poser une pareille hypothèse. En l'absence de sources indépendantes pour vérifier la validité des réponses, il faut donc admettre que les biais de déclaration n'affectent pas les analyses comparatives et de l'évolution du comportement sexuel à risque au sein d'une même population. De plus, il faut noter que le risque d'erreur habituellement associé au sexe du répondant (les écarts normatifs sont mieux acceptés pour les hommes que pour les femmes) ne vaut pas ici, en raison du caractère homogène des populations d'étude du point de vue du sexe.

Reste que nous ne pouvons écarter des variations importantes dans la fiabilité des réponses entre les cibles, compte tenu de leurs profils socioéconomiques et culturels très différents. Autrement dit, nous ne pouvons faire ici l'hypothèse que le sens et l'amplitude des erreurs ne fluctuent pas trop. C'est pour cette raison, qu'il nous a paru opportun de réduire les comparaisons – notamment au regard des pratiques – en considérant séparément les hommes en uniforme d'une part, les camionneurs et les pêcheurs d'autres part, et enfin les TS.

Le suivi de l'évolution d'un comportement, à travers plusieurs enquêtes comportementales, suppose l'adoption d'un même plan d'échantillonnage et le recours aux mêmes méthodes de collecte. L'enquête ENSC-2006 s'étant conformé, dans l'ensemble, à la méthodologie de l'enquête BSS-3 (2001/2002), leur comparaison est donc possible. Certains décalages entre les méthodes d'enquête seront signalés au moment de l'analyse.

3.8 Considérations éthiques

3.8.1 Consentement éclairé

Un consentement éclairé a été demandé à tous les sujets participant à l'étude. Ils ont préalablement été informés des questions personnelles concernant leur santé et leur sexualité qui

allaient leur être posées. Ils ont à nouveau donné leur accord pour le prélèvement de sang et le recueil d'urines/prélèvement vaginal.

3.8.2 Préservation de l'anonymat du répondant

L'identité des individus qui consentent à participer (e.g. nom) n'a été ni notée sur les questionnaires, ni liée aux résultats des tests biologiques. Des numéros d'identification ont été utilisés pour lier les informations recueillies par questionnaires et les résultats des tests

3.8.3 Délivrance des résultats des tests VIH

Les résultats des tests VIH n'ont été délivrés qu'aux enquêtés qui l'ont voulu et uniquement sur présentation de la carte de référence et après vérification de leur identité. Les personnes séropositives ont reçu alors un support et une information spécifique relevant de la stratégie de conseil et dépistage volontaire.

3.8.4 Prise en charge des participants

Les personnes qui l'ont souhaité, ont bénéficié d'une consultation et d'un traitement gratuits en cas d'IST curables : traitement syndromique sur les lieux de l'enquête et traitement étiologique lors de la remise des résultats de laboratoire. En cas d'infection à VIH, le patient a été référé aux structures de prise en charge médicale et psychosociale, s'il en exprimait la volonté.

3.8.5 Risques et bénéfices pour les participants

Les risques ont été jugés minimes durant la conduite de cette activité. Ces risques pouvaient inclure le saignement et une petite douleur liés à la piqûre au niveau du pli du coude, une réaction allergique spécifique aux médicaments utilisés (e.g. pénicilline) et des effets d'ordre psychologique dus à la sensibilité de certaines questions de l'entretien. Pour minimiser ou lever ces risques, un personnel et des conseillers formés ont fait partie des équipes de terrain.

Les bénéfices ont été la consultation gratuite et le traitement des IST, la fourniture de préservatifs et des informations sur la prévention des IST/SIDA. Par ailleurs, le Sénégal tirera profit de cette étude dont les résultats pourront servir à une prévention plus efficace et une meilleure planification des activités de prise en charge des cas positifs.

4 - RESULTATS

4.1 Caractéristiques des répondants et séroprévalence

4.1.1 Profils des populations cibles

Les facteurs associés aux individus, qu'ils soient démographiques, sociaux ou culturels, jouent un rôle important dans la détermination des vulnérabilités à l'infection à VIH. Leurs connaissances permettent de mieux segmenter la population et déterminer les cibles vers lesquelles seront dirigées les interventions de prévention. En outre, une structure cohérente des échantillons valide partiellement les méthodes de sondage et autorise, lorsque les écarts ne sont pas trop importants, les comparaisons avec l'enquête BSS-3.

4.1.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

A la lecture du tableau 4-1, nous constatons que les structures par âge des corps en uniforme, sont en 2006, très différentes. Comme en 2002, les militaires de moins de 30 ans constituent le tiers des effectifs (37,7%). En revanche, chez les policiers la classe d'âge dominante est celle des plus de 50 ans (31,6%). Le vieillissement du corps des policiers s'exprime globalement par un âge médian à l'enquête de 14 ans supérieur à celui des militaires (46 ans contre 32 ans). Cette différence se retrouve aussi, bien évidemment, dans la répartition des deux populations selon leur statut matrimonial. Près de trois-quarts des policiers enquêtés sont mariés (74%, dont 19% polygames), contre un peu plus de la moitié chez les militaires (58%, dont 5% polygames). A contrario, les célibataires sont 1,7 fois plus nombreux parmi les militaires enquêtés en 2006 que chez les policiers. Les militaires, comme les policiers, sont des professionnels très instruits : 91% des policiers et 63% des militaires ont suivi des études jusqu'au secondaire ou au-delà. Toutes les deux se composent principalement de personnes des ethnies Wolof, Sereer et Diola. Enfin, de par la nature de leurs fonctions, l'ensemble des corps en uniformes sont de nationalité sénégalaise.

Les professions mobiles (camionneurs et pêcheurs) se caractérisent par une certaine jeunesse, plus marquée chez les pêcheurs. L'âge médian à l'enquête est de 29 ans pour les professionnels de la mer et de 32 ans chez les routiers. Notons que les moins de 25 ans représentent 29% chez les pêcheurs, tandis que les 15% des camionneurs ont plus de 50 ans. De même, les célibataires forment un peu plus de 40% des deux populations ; la seule différence étant – au niveau du statut matrimoniale – une plus forte représentation des polygames chez les camionneurs (20% contre 8%). Contrairement aux corps habillés, les pêcheurs et les camionneurs sont beaucoup moins instruits. Entre 40 et 50% d'entre eux n'ont jamais été à l'école et à peine plus de 10% ont étudié jusqu'au secondaire. Dans ces deux populations les trois ethnies dominantes sont : les wolof, les pulaar et les sereer. Enfin les étrangers constituent 2 à 4% des échantillons enquêtés.

De façon inattendue, nous notons que la population des TS interrogées est plutôt âgée, avec un âge médian de 37 ans et avec la proportion des 40-49 ans la plus importante de toutes les cibles enquêtées (32%). Effet peut-être de cette structure par âges, les TS divorcées/séparées représentent près des trois-quarts des répondantes (71%), alors que les célibataires ne constituent que 19% de l'effectif. La majorité des travailleuses du sexe sont, en 2006, analphabètes (57%), tandis qu'une minorité a été scolarisée jusqu'au secondaire (12%). Sur le plan ethnique, les groupes dominants sont les Wolof, les Pulaar et les Sereer. Enfin, il faut noter que les étrangères sont les plus nombreuses dans cette cible, puisqu'elles représentent 9% de l'échantillon.

Pour le reste, ces cinq cibles présentent une forte homogénéité dans leur composition par sexe (100% d'hommes ou de femmes) et selon la religion (entre 83 et 99% de musulmans).

Tableau - 4-1 Caractéristiques sociodémographiques des populations enquêtées

Caractéristiques	Militaires		Policiers	Camionneurs		Pêcheurs		Travailleuses du sexe	
	BSS-3	ENSC-2006	ENSC-2006	BSS-3	ENSC-2006	BSS-3	ENSC-2006	BSS-3	ENSC-2006
Effectifs	1114	748	632	1046	701	690	763	1825	618
Sexe									
Masculin	100,0%	100,0%	99,2%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Féminin	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Age à l'enquête									
moins de 25 ans	25,5%	27,1%	5,9%	13,1%	21,7%	31,8%	28,8%	Nd	11,5%
25-29 ans	18,9%	10,6%	21,0%	23,6%	23,0%	20,6%	24,1%	Nd	13,8%
30-34 ans	15,2%	20,7%	7,3%	17,5%	12,1%	20,0%	16,8%	Nd	15,3%
35-39 ans	17,4%	15,1%	4,1%	14,7%	9,8%	10,9%	14,4%	Nd	19,3%
40-49 ans	23,1%	18,3%	25,6%	11,8%	18,1%	16,8%	12,5%	Nd	32,4%
50 ans et plus		8,2%	36,1%	19,3%	15,3%		3,4%	Nd	7,9%
Age médian à l'enquête	31 ans	32 ans	46 ans	33 ans	32 ans	29 ans	29 ans	29 ans	37 ans
Niveau d'instruction									
Non scolarisé	3,9%	2,4%	0,0%	52,7%	50,8%	50,6%	40,8%	41,0%	56,6%
Primaire	26,9%	26,3%	9,1%	33,3%	35,5%	35,9%	46,9%	35,5%	30,7%
Secondaire 1 et 2	68,8%	61,7%	80,9%	13,6%	10,5%	13,5%	11,0%	23,0%	12,1%
Supérieur		0,8%	10,0%	-	1,2%		0,1%	1,0%	0,3%
Autres	0,4%	-	-	0,4%	2,0%	0,0%	1,2%	-	-
Religion									
Musulmane	94,4%	83,0%	87,5%	98,6%	99,4%	97,2%	96,6%	88,0%	95,0%
Chrétienne	5,5%	16,6%	12,3%	1,1%	0,4%	2,5%	3,4%	12,0%	5,0%
Autres	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Statut matrimonial									
Célibataire	41,6%	41,0%	24,1%	34,7%	38,7%	41,2%	43,5%	43,0%	18,8%
Marié(e) monogame	51,2%	52,8%	54,7%	45,1%	39,5%	45,1%	45,6%	2,0%	1,7%
Marié(e) polygame	5,7%	5,2%	19,3%	17,8%	20,0%	12,6%	8,3%	nc	nc
Divorcé(e)/séparé(e)	1,6%	1,0%	1,9%	2,4%	1,8%	1,2%	2,7%	48,5%	71,2%
Veuf(ve)								6,5%	8,3%
Âge moyen au 1er mariage	28 ans	28 ans	29 ans	30 ans	27 ans	25 ans	25 ans	-	17 ans
Ethnies (trois principales)									
Wolof	n.d.	n.d.	n.d.	63,5%	70,9%	63,7%	64,4%	-	30,5%
Pulaar	n.d.	n.d.	n.d.	9,8%	11,9%	8,7%	24,2%	-	30,9%
Sereer	n.d.	n.d.	n.d.	14,8%	12,2%	17,5%	5,7%	-	18,2%
Diola	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-	-	-	-
Autres	n.d.	n.d.	n.d.	11,9%	5,0%	10,5%	5,7%	-	20,4%
Nationalité									
Sénégalaise	100,0%	100,0%	100,0%	97,7%	95,7%	95,1%	98,0%	91,3%	96,0%
Non sénégalaise	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	4,3%	4,9%	2,0%	8,8%	4,0%

n.d : non disponible

Dans l'ensemble, nous observons que, pour une même cible, les échantillons des deux enquêtes (conduites en 2001/2002 et en 2006) présentent globalement les mêmes caractéristiques sociodémographiques⁸.

Quelques différences notables ressortent néanmoins de la comparaison des profils des TS. Nous constatons tout d'abord, que dans l'enquête ENSC-2006, ces personnes sont plus âgées, avec un âge médian supérieur de 8 ans à celui obtenu à partir de l'enquête BSS-3 (37 ans contre 29 ans).

⁸ Parmi les populations masculines, le seul écart notable entre les deux enquêtes apparaît dans la composition ethnique des pêcheurs. En 2006, les pulaar sont en effet 3 fois plus nombreux que dans l'enquête BSS-3 de 2002.

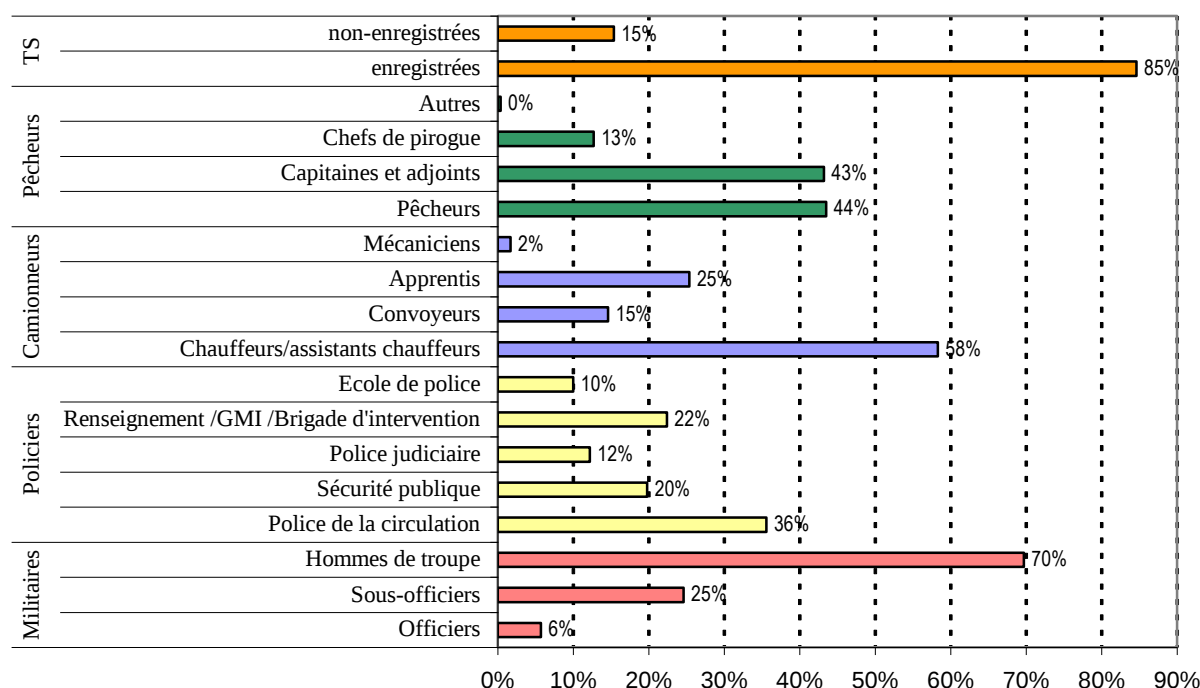
En effet, près du tiers des travailleuses du sexe interrogées ont déclaré avoir entre 40 et 49 ans en 2006. De même, il ressort que les TS de l'échantillon ENSC-2006 sont moins scolarisée, puisqu'elles sont 1,4 fois plus nombreuses à n'avoir jamais fréquentées l'école. Inversement dans l'enquête BSS-3, elles sont 1,9 fois plus nombreuses à avoir été jusqu'au secondaire et au-delà. Pour terminer, nous constatons une distribution selon le statut matrimonial fort différente entre les deux échantillons. Dans l'enquête ENSC-2006, les divorcées/séparées représentent 71% contre 49% dans la précédente enquête. Tandis que les célibataires sont deux fois moins nombreuses en 2006 qu'en 2001. Ces écarts reflètent en partie toutes les difficultés à enquêter auprès des TS dans leur cadre professionnel, mais elles proviennent sans doute aussi de la représentation moins forte des travailleuses du sexe clandestines dans l'enquête de 2006 par rapport à celle, peut-être excessive, de 2001 (15% contre 57%).

Au total, les échantillons des populations masculines paraissent suffisamment proches, dans leur structure sociodémographique, pour permettre une comparaison des résultats. En revanche, les différences entre les deux échantillons des TS nous semblent trop importantes pour se risquer à déduire une évolution de la comparaison des indicateurs.

4.1.1.2 Statut dans la profession

Chacune des professions enquêtées est constituée de plusieurs catégories dans l'emploi. Dans certaines circonstances, et compte tenu de vulnérabilités différentes, ces statuts professionnels peuvent influencer diversement les prises de risques sexuels et les comportements de protection.

Figure 4-1 Distribution des populations enquêtées selon leur statut dans la profession



Pour la plupart des échantillons masculins, les statuts dans l'emploi peuvent se scinder en deux grandes catégories : les personnels de commandement ou de direction (possédant ou non leur outil de travail), d'une part, et les hommes non gradés ou les employés/apprentis d'autre part. Cette distinction nous paraît importante pour les analyses suivantes, dans la mesure où ces différents statuts dans l'emploi indiquent aussi des positions économiques et sociales susceptibles d'influencer sur les logiques sexuelles et de protection. Cette présentation des statuts professionnels tentera de respecter cette dichotomie.

Dans l'échantillon, **les militaires** sont représentés en majorité par les hommes de troupes (70%), contre un peu plus de 30% pour les officiers et les sous-officiers (voir figure 4-1). Les Militaires

enquêtés se trouvent en grande partie (73 %) dans les bataillons, le reste étant dans l'armée de l'air (6 %), les écoles militaires (5 %), ainsi que la marine qui constitue 3,9 % de l'effectif total.

La Police est représentée par plusieurs corps, dont le plus important est celui de la Police de la circulation (36%), comme le montre la figure 4-1. Derrière, nous trouvons les policiers appartenant aux Renseignements, GMI, Brigade d'intervention (22%) et les policiers affectés à la Sécurité Publique (20%). Une grande partie des policiers travaillent le plus souvent jusqu'à des heures tardives la nuit (75% de l'effectif). Cette situation est particulièrement fréquente chez les policiers de la circulation. Un policier de la circulation sur deux (54,0%) a, au moins une fois, interpellé des travailleuses du sexe dans le cadre son travail, et 18% ont déjà eu affaire à des HRH au cours de leurs patrouilles. Ces contacts plus fréquents avec les TS et les HRH pourraient donc augmenter la vulnérabilité des policiers de la circulation. Pour cette raison, nous avons choisi de distinguer dans les prochaines analyses les policiers de la circulation des autres représentants de la Police, qui compose 64% de l'échantillon

Parmi **les routiers**, quatre catégories de personnel servent dans les camions : les chauffeurs, les convoyeurs, les apprentis et les mécaniciens. Comme exprimé précédemment, les différentes catégories de camionneurs sont exposées à des situations à risque. Cependant, les chauffeurs et les convoyeurs présentent sans doute une vulnérabilité différente en raison de leur pouvoir social et économique. Pour ces raisons, on s'attend que les chauffeurs aient des comportements et une séroprévalence différents des autres corps de métier.

Selon les résultats de l'enquête les chauffeurs représentent 58% de l'échantillon, les apprentis 25%, les convoyeurs 15% et les mécaniciens 2% (cf. figure 4-1). Cette répartition ne reflète pas l'importance de chacune des catégories de routiers mais, plutôt, le choix voulu par cette enquête de mettre l'accent sur les chauffeurs et les convoyeurs en raison de leur vulnérabilité supposée plus grande. Selon cette distinction, les chauffeurs et les convoyeurs représentent 83% de l'échantillon contre 27% pour les apprentis et les mécaniciens.

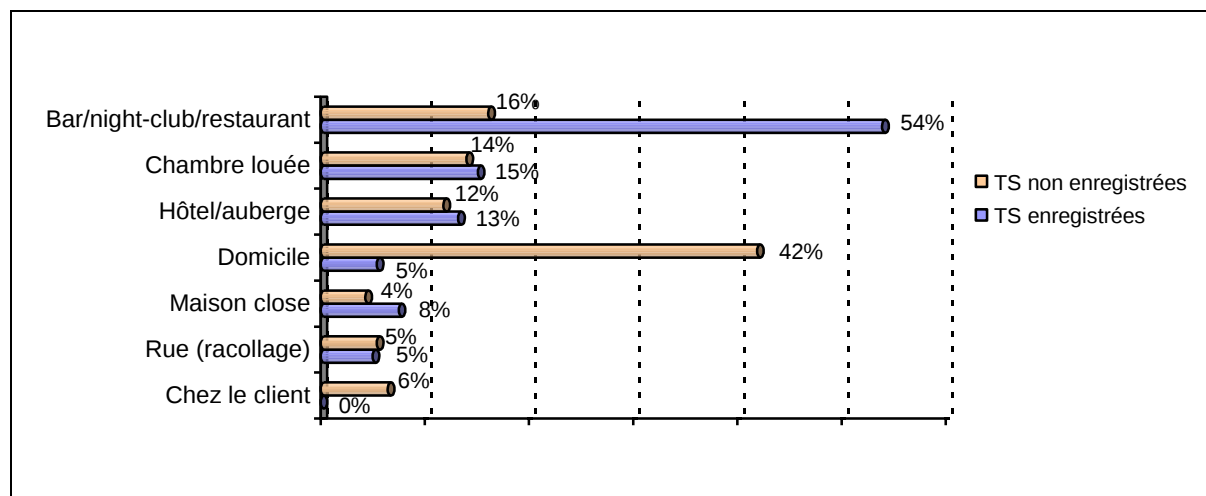
Dans le milieu de **la pêche**, le personnel présent dans les pirogues est principalement composé de trois catégories de personnel : les capitaines, les chefs de pirogue et les pêcheurs, les autres enquêtés, minoritaires, étaient constitués de plongeurs et d'apprentis. Les enquêtés sont en majorité (55 %) responsables de leur embarcation et représentent à ce titre une catégorie spécifique. En effet, 42 % se disent capitaines et 13 % chefs de pirogue. Les pêcheurs membres de l'équipage sont 44 % et les autres corps de métier forment moins de 1% de l'échantillon.

Les pirogues sans glacière (61%) constituent la principale embarcation des pêcheurs enquêtés. L'absence de glacière n'est pas, comme nous le verrons, une contrainte à la mobilité de longue durée des pêcheurs. Les pirogues avec filet tournant constituent l'outil de travail de 22 % des pêcheurs, et les pirogues à glacière de 15% d'entre eux. Les bateaux ramasseurs et les chalutiers n'emploient que 2 % des enquêtés. Il faut préciser que ces types de bateaux n'accostent pas aux mêmes débarcadères que la pêche artisanale, visée dans cette enquête. Le personnel présent dans les embarcations – de la petite pirogue au chalutier – varie de 1 personne à 91. Etant donné la prédominance des pirogues, la moyenne des pêcheurs par embarcation est de 10 personnes.

En ce qui concerne **les travailleuses du sexe**, les données fournies par l'ENSC 2006 permettent de décrire davantage leur pratique de la profession. Cette enquête a touché 85% de TS enregistrées au fichier social et sanitaire et seulement 15% de TS non enregistrées. Malgré une forte sensibilisation et une stratégie de terrain élaborée pour un meilleur ciblage des TS non enregistrées, ces personnes se sont montrées d'un accès difficile et plutôt réfractaires à l'enquête.

D'après la figure 4-2, on relève que les lieux de prostitution varient fortement et de façon significative ($p < 0,001$) entre les TS enregistrées et celles qui ne le sont pas. Ainsi plus de la moitié (54%) des TS enregistrées pratiquent dans les bars/night-clubs/restaurants, tandis que les TS non enregistrées exercent essentiellement à domicile.

Figure 4-2 Distribution des Travailleuses du sexe selon qu'elles sont ou non enregistrées et leur lieu principal d'exercice.



Source : ENSC 2006

La pratique de la prostitution constitue pour plus de 55% des TS recrutées le seul moyen de gagner de l'argent alors que 45% déclarent exercer un autre travail. A ce niveau, il n'existe aucune différence significative entre les TS inscrites au fichier sociale et sanitaire et les autres. Les TS qui ont un autre travail rémunérateur déclarent pour plus des deux tiers le petit commerce. Les domestiques, les serveuses de bar ou de restaurant et les coiffeuses représentent 25%.

Les résultats de cette enquête révèlent que seules 37% des enquêtées appartiennent à une association de TS. Les organisations les plus représentatives sont AWA (76%), ENDA-Santé (11%), DEGGO (8%) et SIDA3 (3%). De plus, les résultats montrent que AWA regroupe essentiellement des TS enregistrées alors que les TS non enregistrées sont encadrées par ENDA-Santé, en majorité, et par Carlène. En effet, 83% des TS enregistrées qui déclarent être actives dans une association sont membres de AWA alors que 59% des non enregistrées se réclament de ENDA-Santé.

Concernant le suivi médical, les TS enregistrées déclarent à 93% être à jour de leurs visites mensuelles. Parmi celles qui ne sont pas à jour, seul 3% déclarent avoir un retard de plus de 3 mois. Le manque de temps (40%) constitue la principale raison invoquée, suivie de l'inaccessibilité financière des centres IST (7%) et de la crainte de la stigmatisation (7%). Quant à la non inscription au fichier social et sanitaire, c'est bien évidemment la crainte de stigmatisation (56%) qui en constitue la principale raison. Comme nous nous y attendons, les TS non enregistrées sont les plus nombreuses à ne pas être suivies dans les centres IST.

Enfin, plus sans doute que d'autres femmes, les travailleuses du sexe sont exposées à la violence sexuelle et à la violence physique. Or, dans de nombreux pays d'Afrique, ces formes de violence sont responsables d'un plus grand risque d'infection au VIH. Au Sénégal, nous observons avec le graphique 4-3 que 30% des TS enregistrées et 40% des TS clandestines ont été victimes, au cours de leur vie, d'agressions sexuelles. Cette différence est significative au seuil de 5% d'erreur ($p=0,036$). Les relations sexuelles sous la contrainte d'hommes en uniforme sont plus rarement déclarées, puisque 9% des TS enregistrées et 4% des TS clandestines font état de ce type d'agression, le plus souvent perpétrées par des policiers et des militaires (à l'exception des gendarmes). Les violences physiques (coups et blessures) sont plus fréquentes lorsqu'elles viennent de partenaires non-payants (23%) que de partenaires payants (18%). Cette légère différence est significative ($p=0,034$). En revanche, les TS, qu'elles soient enregistrées ou non, sont également exposées à ces violences physiques.

Figure 4-3 Distribution des Travailleuses du sexe selon qu'elles sont ou non enregistrées et selon les violences sexuelles et physiques subies au cours de leur vie.

Erreur ! Liaison incorrecte.

4.1.1.3 Trois facteurs de vulnérabilité : la mobilité professionnelle, les consommations d'alcool et de drogues et les violences contre les travailleuses du sexe

La mobilité professionnelle

Depuis la découverte de l'épidémie du VIH/SIDA, les observations montrent que la diffusion géographique du virus est liée à la circulation des hommes. En outre, plusieurs auteurs suggèrent que la migration ne se cantonne pas à son rôle de véhicule de la maladie, mais participe à un processus de changement des comportements sexuels qui favorise l'infection du VIH chez la personne mobile, puis de sa famille, à son retour. De façon élémentaire, la personne mobile est avant tout un « étranger », dont l'anonymat dans le milieu de destination augmente sa liberté sexuelle (absence du contrôle social) et limite ses possibilités de rencontre aux travailleuses du sexe et aux partenaires occasionnelles.

De manière générale, les enquêtes ont confirmé la forte mobilité des populations étudiées. Quelle que soit la cible, les enquêtés ont été absents de leur domicile habituel entre une et deux semaines au cours du mois précédant l'enquête (voir tableau 4-2). Cette mobilité professionnelle est deux fois plus importante chez les camionneurs et les pêcheurs que parmi les hommes en uniforme (militaires et policiers). Ce niveau de mobilité est sensiblement identique à celui observé dans l'enquête BSS-3. Enfin, compte tenu de la spécificité de leur travail, il nous a paru difficile de documenter de la même façon leurs nuits d'absence.

De façon encore plus convaincante, on constate que le niveau de mobilité en dehors de sa région de résidence se situe, chez les militaires, les pêcheurs et les camionneurs, entre 60 et 100% (tableau 4-2). Les policiers et les TS ne sont qu'un peu plus du tiers à déclarer un séjour hors de leur région de résidence au cours des 12 derniers mois. Pour les camionneurs, la durée des derniers voyages effectués entre deux régions est en moyenne de 2,5 jours, au cours desquels ils ont eu à faire en moyenne 2 escales. Au cours de ces voyages, les camionneurs passent le plus souvent la nuit dans leur véhicule ou sur un lit de camp proche du camion. Peu d'entre eux (6%) passent habituellement la nuit dans une chambre de passage, un hôtel, une auberge ou chez des amis. Les déplacements dans le cadre des activités de pêche sont plus longs, puisque la durée de la dernière campagne sur les côtes sénégalaises est en moyenne de 3,9 mois, avec un maximum de 24 mois. Notons tout de suite que la durée des campagnes à l'étranger est sensiblement la même, avec en moyenne 4,2 mois et un maximum de 38 mois. Face à ces longues absences, la location de chambre en ville est le moyen le plus souvent utilisé pour les pêcheurs (64%) en campagne, ce qui confirme la durée assez longue du séjour. L'hébergement dans une famille vient ensuite avec 20%. L'embarcation abrite souvent les nuits de près de 10% des enquêtés, surtout les apprentis. Elle apparaît comme un lieu d'hébergement secondaire. En effet, 15% des pêcheurs déclarent y dormir quelques fois. Une grande mobilité caractérise enfin les armées sénégalaises. La majorité des militaires a effectué des séjours à l'intérieur du pays (58%), dans le cadre du service militaire. Une situation tout aussi similaire à celle de 2001 où il avait été constaté une aussi très forte mobilité des militaires (tableau 4-2).

Au regard des déplacements internationaux, ce sont incontestablement les camionneurs, les pêcheurs et militaires qui sont les plus mobiles, avec environ un tiers de ces groupes professionnels qui a réalisé un séjour à l'étranger au cours des 12 derniers mois. A nouveau, les policiers (4%) et les TS (9%) sont les populations qui ont déclaré le moins de déplacements professionnels à l'étranger. Chez les camionneurs, la durée du dernier voyage à l'étranger est en moyenne de 5 jours, au cours desquels les répondants ont eu à faire environ 4 escales. Par ailleurs, les camionneurs ont déclaré séjourner généralement 7 jours à l'étranger, en moyenne. Les pays limitrophes au Sénégal sont les destinations les plus usuelles, comme le Mali (45% des répondants), la Gambie (44%) et la Guinée Bissau (25%). Les itinéraires de pêche conduisent souvent les pêcheurs vers des pays maritimes proche du Sénégal, comme la Guinée Bissau, la Guinée Conakry, la Sierra Leone ou la Mauritanie. Plus rarement, certains pêcheurs ont déclaré des pays plus lointains, tels que le Ghana, l'Afrique du Sud, la Namibie, le Kenya ou encore la Thaïlande et l'Espagne. Dans le cadre des opérations militaires de maintien de la paix en zones de conflit, les Militaires doivent effectuer de nombreux déplacements hors de leur pays de résidence. Une grande partie des militaires affectés à l'étranger a

séjourné au Libéria et en République Démocratique du Congo, ces pays ayant accueilli respectivement 33% et 31% des contingents déplacés. Le Soudan et la Côte d'Ivoire viennent ensuite avec respectivement 14% et 13%. La durée des séjours à l'étranger varie de quelques jours à 3 ans. Mais pour plus de la moitié (58%) d'entre eux, le séjour a duré 6 mois.

Tableau - 4-2 Facteurs à risque des populations enquêtées : mobilité professionnelle, consommation d'alcool et de drogues

Caractéristiques	Militaires		Policiers	Camionneurs		Pêcheurs		Travailleuses du sexe	
	BSS-3	ENSC-2006	ENSC-2006	BSS-3	ENSC-2006	BSS-3	ENSC-2006	BSS-3	ENSC-2006
Effectifs	1114	748	632	1046	701	690	763	1825	618
Mobilité professionnelle									
Nombre moyen de nuits passées hors du ménage/cantonement au cours du dernier mois	12,1 nuits	8,2 nuits	7 nuits	13,8 nuits	15,0 nuits	10,4 nuits	15,0 nuits	n.d.	n.d.
A séjourné hors du Sénégal au cours des 12 derniers mois	8,3%	31,6%	3,6%	49,0%	36,9%	47,2%	32,7%	n.d.	9,2%
A séjourné hors de sa région de résidence au cours des 12 derniers mois	64,2%	58,0%	36,3%	97,8%	96,4%	73,2%	69,3%	n.d.	39,0%
Fréquence de la consommation d'alcool									
A déjà consommé de l'alcool au cours de la vie	19,5%	45,6%	43,5%	7,8%	21,1%	3,2%	12,1%	n.d.	56,5%
Tous les jours	0,5%	1,2%	0,8%	0,5%	0,9%	0,4%	0,9%	n.d.	13,4%
Fréquence de la consommation de drogues									
A déjà consommé une drogue au cours de la vie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11,6%	n.d.	9,6%	n.d.	4,5%
A utilisé une drogue injectable (*)	n.d.	n.d.	n.d.	0,2%	0,0%	0,4%	0,1%	n.d.	0,2%

(*) La période de référence est les trente derniers jours pour ENSC2006 et les douze derniers mois pour BSS-3.

Les Camionneurs, les pêcheurs et les militaires constituent à l'évidence des groupes fortement mobiles. De par les comportements sexuels qu'ils peuvent adopter au moment des déplacements, et du fait qu'ils fréquentent des pays souvent plus touchés que le Sénégal par l'épidémie à VIH/SIDA, ils sont des populations potentiellement plus vulnérables. En revanche les Policiers, et dans une moindre mesure les TS, ne semblent pas être affectées aussi fortement par ce facteur de risque. A ce titre, les trois premières cibles mentionnées présentent tout à fait les critères des populations « passerelles ».

Les consommations d'alcool et de drogues

Il est établi que les consommations d'alcool et de drogues peuvent produire une perte de contrôle de soi (accompagnées parfois de comportements violents) et réduire la perception des risques, notamment au moment des relations sexuelles. En outre la drogue, lorsqu'elle est consommée par voie intraveineuse, peut aussi devenir un mode de transmission du VIH.

Au Sénégal, la consommation d'alcool reste une pratique plutôt marginale. A l'exception des travailleuses du sexe (57%), moins de la moitié des populations enquêtées ont fait l'expérience de l'alcool (tableau 4-2). Cette initiation est pourtant, partout, en forte croissance depuis 2002 (BSS-3). Les pêcheurs sont, en 2006, 3,8 fois plus nombreux à déclarer cette pratique, par rapport à 2002 ; quant aux camionneurs et aux militaires, ce rapport de progression est respectivement de 2,7 et 2,3. Cette situation peut être attribuée à une réelle évolution de la consommation (épisode) d'alcool. Mais, compte tenu du faible écart de temps entre les deux enquêtes (4 ans), elle peut aussi traduire l'érosion d'un tabou religieux et social, et donc une plus grande facilité à parler de cette expérience. Pour autant, la consommation régulière d'alcool (tous les jours) reste une situation exceptionnelle et stable. Hormis les TS, dont 13% déclarent boire de l'alcool quotidiennement, les autres cibles sont au plus 1% à déclarer un usage journalier ; un niveau identique à celui obtenu en 2002.

Plus encore que l'alcool, la déclaration de la consommation de drogue est un phénomène exceptionnel dans les populations étudiées, et y compris chez les travailleuses du sexe. L'expérience d'une drogue au cours de sa vie est déclarée, selon les cibles, par 5 à 12% des enquêtés (tableau 4-2). Partout, la drogue principalement consommée est le chanvre indien (*yamba*), suivie des

amphétamines et de la cocaïne. Entre la moitié et les trois-quarts des personnes se déclarant consommatrices de drogues, en ont pris au cours des 30 derniers jours. Enfin l'utilisation des drogues par voie d'injection demeure résiduelle, puisqu'elle ne concerne, au plus, que 2 pour mille des cibles (pêcheurs et TS).

Les violences envers les travailleuses du sexe

Les travailleuses du sexe sont, de par leur activité, particulièrement vulnérables à toutes formes de violences, et plus particulièrement aux violences sexuelles. Ces rapports extrêmes de domination masculine se révèlent généralement propices à la l'infection à VIH, dans la mesure où ils interdisent toutes négociations concernant l'usage du préservatif.

Selon l'enquête, les travailleuses du sexe non enregistrées sont plus nombreuses à déclarer avoir été victimes de rapports sexuels perpétrés sous la contrainte (tableau 4-3). Elles sont ainsi 1,36 fois plus nombreuses que les TS enregistrées à avoir subi un rapport sexuel sous la contrainte, au cours de leur vie, et 2,35 fois plus nombreuses à déclarer ce type exaction de la part de partenaires non payant. Ces différences sont toutes significatives.

A contrario, les travailleuses du sexe enregistrées sont plus nombreuses à avoir été victimes de violences physiques, notamment de la part de partenaires payants. Elles sont ainsi autour de 20% à mentionner des violences physiques subies au moins une fois au cours de leur vie, que ces violences aient été perpétrées par des partenaires payants (19%) ou des partenaires non-payants (23%). Au cours du dernier mois, les violences physiques concernent, selon le type de partenaires (payants ou non), entre 3 et 4% des TS enregistrées, contre moins de 1% chez les TS non enregistrées. Compte tenu de la faiblesse de certains effectifs, ces différences, bien qu'importantes, ne sont pas significatives au seuil des 5% d'erreur.

Tableau - 4-3 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques des comportements sexuels, tous groupes professionnels confondus.

Formes de violences subies	Travailleuses du sexe	
	%	p de chi2
Rapports sexuels sous la contrainte au cours de la vie		
Travailleuses du sexe enregistrées	29,4	p = 0,039
Travailleuses du sexe non enregistrées	40,0	
Age moyen au premier rapport sexuel sous contrainte		
Travailleuses du sexe enregistrées	24,2 ans	t = 0,415
Travailleuses du sexe non enregistrées	22,9 ans	
Au cours de la vie, violence physique perpétrée par un partenaire payant		
Travailleuses du sexe enregistrées	18,8	p = 0,089
Travailleuses du sexe non enregistrées	11,6	
Au cours du dernier mois, violence physique perpétrée par un partenaire payant		
Travailleuses du sexe enregistrées	4,2	p = 0,133
Travailleuses du sexe non enregistrées	1,1	
Au cours de la vie, violence physique perpétrée par un partenaire non payant		
Travailleuses du sexe enregistrées	22,8	p = 0,701
Travailleuses du sexe non enregistrées	21,1	
Au cours du dernier mois, violence physique perpétrée par un partenaire non payant		
Travailleuses du sexe enregistrées	3,1	p = 0,084
Travailleuses du sexe non enregistrées	0,0	
Au cours de la vie, rapport sexuel sous contrainte perpétré par un partenaire non payant		
Travailleuses du sexe enregistrées	8,1	p = 0,001
Travailleuses du sexe non enregistrées	19,0	

Pratiquement la moitié des violences physiques assénées par un partenaire payant avaient pour motif le refus de payer la passe (47%). Dans 11% des cas, ces violences sont survenues à la suite du refus de mettre un préservatif.

4.1.2 Sérologies et facteurs associés à une séropositivité au VIH

4.1.2.1 Sérologies du VIH et d'autres IST

Sur l'ensemble des cibles, une sérologie VIH positive a été trouvée chez 144 personnes sur 3323 testées.

Le taux de prévalence de l'infection à VIH, pour chacune des populations étudiées, est estimé entre 1,4% et 0,6% pour les cibles masculines et à 19,8% pour les travailleuses du sexe (tableau 4-4). Les taux obtenus chez les hommes sont tous supérieurs à ceux obtenus, à partir de l'EDS-IV, en population générale masculine : 0,4% chez les hommes âgés de 15 à 54 ans (Ndiaye et Ayad, 2006). Cependant, les écarts à la moyenne nationale sont beaucoup plus marqués chez les camionneurs (dont le risque est 3,5 fois supérieur, $p=0,002$) et chez les pêcheurs (risque 2,5 fois supérieur, $p=0,064$) que chez les hommes en uniforme, où la séroprévalence dépasse entre 50 et 75% le niveau national. Pour ces deux derniers groupes, les différences de séroprévalence avec la population générale ne sont pas statistiquement significatives ($p=0,315$ pour les militaires et $p=0,402$ pour les policiers), à cause sans doute de la rareté, sur le plan statistique, de la séropositivité. En outre, si les différences entre les cibles masculines ne sont pas significatives ($p=0,436$), en raison de la faiblesse du nombre de cas, on peut néanmoins avancer que le virus du VIH est probablement davantage présent dans ces populations cibles qu'en population générale. **En ce sens, elles constituent bien – surtout pour les pêcheurs et les camionneurs – des populations vulnérables.** La séroprévalence relevée parmi les travailleuses du sexe confirme dans l'ensemble le niveau d'infection observé par le système de surveillance biologique du VIH et par l'enquête de surveillance combinée sur les Travailleuses du Sexe et leurs Partenaires Sexuels Masculins.

L'enquête biologique a permis la mesure de plusieurs IST (voir section 2.2). Dans ce rapport, nous considérerons exclusivement l'Herpès de type 2 et la syphilis, dont nous avons vu (section 3.5.4) qu'elles avaient les plus forts coefficients de majoration du risque d'infection à VIH. L'herpès de type 2, qu'il soit ou non actif, est bien présent parmi les cibles masculines, puisque sa prévalence varie entre 9 et 18% (tableau 4-4). Les pêcheurs et les militaires (9 et 12%) semblent moins infectés que les camionneurs et les policiers (respectivement 17 et 18%). Quant à la syphilis, elle demeure à un niveau assez bas, entre 1 et 2%. Les hommes en uniforme indiquent des risques d'infection équivalents, tandis que le maximum chez les cibles masculines est atteint avec les camionneurs (1,7%). Comme attendu, les TS présentent un profil sérologique très différent puisque 9 travailleuses du sexe sur 10 étaient positives au test de l'Herpès et 11% d'entre elles étaient syphilitiques. De façon inattendue, nous notons que la prévalence herpétique est supérieure chez les TS enregistrées (94%) que parmi les non enregistrées (59%). Cette différence est significative ($OR_{brut} = 9,9 : p>0,001$). En revanche, le statut de la TS n'est pas associé à la prévalence de la syphilis.

Tableau - 4-4 Sérologie du VIH, de l'Herpès de type 2 et de la Syphilis selon les populations ciblées

Cibles	Militaires		Policiers		Camionneurs		Pêcheurs		TS	
Effectifs	748		632		701		763		618	
Séroprévalence	taux	IC95%	Taux	IC95%	taux	IC95%	taux	IC95%	Taux	IC95%
VIH	0,7%	0,20% - 1,14%	0,6%	<0,01% - 1,29%	1,4%	0,4% - 2,4%	1,0%	0,19% - 1,77%	19,8%	16,5% - 23,1%
Herpès (type2)	12,1%	10,66% - 13,89%	18,3%	13,43% - 23,10%	16,7%	12,32% - 21,11%	8,8%	5,48% - 12,18%	88,3%	83,14% - 93,57%
Syphilis	1,2%	0,48% - 1,94%	1,1%	0,20% - 2,05%	1,7%	0,70% - 2,74%	0,2%	<0,01% - 0,68%	11,3%	8,07% - 14,56%

Finalement, hormis pour les Travailleuses du sexe, nous n'observons pas de corrélation évidente entre l'herpès ou la syphilis et le VIH, même, si bien évidemment, ce sont les analyses statistiques approfondies qui détermineront, dans les sections suivantes, l'existence et l'importance de ce lien.

4.1.2.2 Caractéristiques sociodémographiques et infection à VIH

Les données collectées par questionnaires ont été saisies à l'aide du logiciel Epidata à l'APAPS avec un contrôle interne et externe de saisie. Elles ont été vérifiées avec le logiciel SPSS 11.0 et analysées avec le logiciel STATA 8.0 (2003; Stata Corporation, Collège station, Texas, USA)

en tenant compte de leur structure liée au mode d'échantillonnage (stratification et sondage en grappes ; commandes svymean & svylogit).

Les distributions des taux de séropositivité VIH (avec IC95%) en fonction de l'âge, du niveau de scolarisation, du statut matrimonial, de la religion, de l'ethnie, du statut dans l'emploi, du nombre de nuits passés à l'extérieur du domicile ou du cantonnement au cours du dernier mois, des séjours dans une autre région du Sénégal ou à l'étranger, des consommations de drogue et d'alcool sont présentées, selon les cibles, dans les tableaux 4-5 à 4-7. A ce niveau du rapport, ces tableaux présentent aussi les estimations bivariées (sans ajustement) des odds ratio (OR, mesure de l'association entre les variables étudiées et la séropositivité) obtenues par régression logistique. L'analyse des facteurs de risque associés à la séropositivité VIH a été réalisée en tenant compte de la structure des données (5 strates; 24 à 52 grappes par strate).

Cette analyse préliminaire signale (tableaux 4-5 à 4-7) un certain nombre d'associations statistiques avec la séropositivité à VIH. Ces premiers résultats doivent constituer une première indication des facteurs de risque. Cependant, s'ils permettront d'orienter les analyses approfondies suivantes, ils ne peuvent servir encore à dégager des conclusions et recommandations. En outre, compte tenu de la faiblesse des effectifs au regard de la prévalence VIH, quelques associations entre certaines modalités d'une variable et la séropositivité n'ont pu être calculées. Cette situation rend parfois difficile l'interprétation des évolutions.

Tableau - 4-5 Prévalence à VIH selon certains facteurs sociodémographiques, professionnels et de mobilité chez les militaires et les policiers

Erreur ! Liaison incorrecte.

Les résultats mentionnés ici sont les associations significatives au seuil maximum de 25% de risque d'erreur.

1. Globalement, le risque de séropositivité n'indique pas de tendance claire avec l'âge parmi chacune des cibles masculines. Tout au plus, pouvons-nous deviner une légère augmentation du risque de séropositivité aux âges avancés chez les militaires et les camionneurs, sans que ces différences soient significatives. **Parmi les TS, ce risque progresse significativement avec l'âge** (effet modificateur significatif, $p = 0,006^9$). Il est maximum entre 35 et 49 ans, avec une séropositivité de 26% (tableau 4-6) et significativement supérieur par rapport au groupe d'âges des 25-29 ans ($p=0,048$ pour la tranche d'âges 35-39 ans et $p=0,034$ au groupe d'âges 40-49 ans).
2. Le niveau de scolarisation n'indique pas d'effet important et significatif sur la séropositivité. Néanmoins certaines tendances contraires se dessinent entre les cibles. L'absence de scolarisation accroît le risque de séropositivité des militaires et des TS avec un seuil d'erreur d'au plus 15%. En revanche, les camionneurs qui ont été scolarisés jusqu'au secondaire ont un risque d'infection plus d'élevé ($OR_{brut}=4,8$; $p=0,096$).

⁹ Test post modèle de Bonferroni.

Tableau - 4-6 Prévalence à VIH selon certains facteurs sociodémographiques, professionnels et de mobilité chez les camionneurs et les pêcheurs

Erreur ! Liaison incorrecte.

3. Le statut matrimonial distingue, pour les populations masculines, les unions polygames des unions monogames, en plus de considérer les célibataires et les ruptures d'union. Cette classification peu habituelle dans les analyses de la séropositivité au VIH (voir EDS IV) révèle un risque différent entre les deux catégories d'union. Pour toutes les cibles masculines, les polygames présentent un risque de séropositivité supérieur aux hommes monogames. Mais, ce risque n'est significatif que chez les camionneurs ($OR_{brut}=4,23$; $p=0,033$). **Parmi les travailleuses du sexe, le risque est significativement supérieur chez les TS en rupture d'union, par rapport aux célibataires ($OR_{brut}=2,11$; $p=0,049$).**
4. La religion et l'ethnie ne sont pas associées significativement au risque de séropositivité à VIH.
5. Le statut dans l'emploi reprend les catégories proposées dans la section 4.1.1.2. Cette variable n'est significative au seuil de 5% que chez les TS. **Les travailleuses du sexe enregistrées ont un risque d'infection supérieur aux clandestines ($OR_{brut}=2,51$; $p=0,031$).** Pour autant, on notera que les policiers affectés à la circulation ont un plus grand risque de séropositivité ($p=0,147$) que les autres policiers ; de même, les chauffeurs de camions sont plus à risque ($p=0,200$) que les autres catégories de routiers.
6. La mobilité professionnelle, exprimée par le nombre de nuits où l'enquêté était absent de son domicile/cantonement habituel n'explique pas la séropositivité au VIH. En revanche on observe, que selon la cible considérée, le séjour dans une autre région du Sénégal ou à l'étranger sont des variables associées au statut sérologique. **Les militaires ($p=0,162$) et les camionneurs encourent plus de risques d'infection lorsqu'ils séjournent à l'étranger.** Cette association est significative parmi les camionneurs ($OR_{brut}=5,90$; $p=0,034$). Parmi les pêcheurs, le risque d'infection s'accroît au contraire avec les campagnes hors de la région de résidence habituelle ($P=0,080$). Enfin, on indiquera que **les indicateurs de mobilité n'ont pas d'effets sur les risques d'infection au VIH chez les policiers et les TS.**

Tableau - 4-7 Prévalence à VIH selon certains facteurs sociodémographiques, professionnels et de mobilité chez les travailleuses du sexe

Erreur ! Liaison incorrecte.

7. Enfin, les consommations d'alcool et de drogues augmentent les risques de séropositivité, pour presque toutes les cibles. **En dehors des policiers, toutes les autres populations d'étude ont plus de risque de séropositivité quand il y a consommation d'alcool, quelle soit épisodique ou régulière.** Ce risque est significativement supérieur chez les pêcheurs ($OR_{brut}=5,79$; $p=0,024$) et parmi les TS ($OR_{brut}=2,00$; $p=0,006$). Sans être significatif, l'effet de la consommation de drogues sur le risque d'infection au VIH est similaire chez les pêcheurs ($p=0,166$) et chez les militaires ($p=0,232$).

4.1.3 Facteurs sociodémographiques, professionnels et sérologiques associés au risque de séropositivité

Afin d'estimer l'effet net de chacune de ces variables sur le risque d'infection au VIH (en dehors de tout effet confondant produit par d'autres co-variables), nous avons introduit l'ensemble des facteurs sociodémographiques, professionnels, ainsi que les statuts sérologiques de l'herpès et de la syphilis dans un modèle d'analyse multivariée (régression logistique). En outre, compte tenu de la faiblesse des cas de séropositivité, nous avons regroupé l'ensemble des populations masculines à l'intérieur de cette première analyse. Un modèle spécifique a été calculé pour les travailleuses du sexe. Dans ces deux modèles, les estimations ne prennent pas en compte les variables relatives aux connaissances et aux croyances, aux perceptions et aux pratiques sexuelles. Celles-ci seront considérées dans les prochaines sections.

L'analyse a donc cherché des différences de séroprévalence VIH (variable dépendante, "à expliquer") selon les caractéristiques sociodémographiques, culturelles, professionnelles et des facteurs sérologiques. Les différences ont été testées dans des modèles de régression logistique en tenant compte de la structure des données liée au mode d'échantillonnage (stratification et sondage en grappes ; commande `svylogit`). Toutes les variables explicatives ont été testées individuellement (test de Wald). Les variables qui n'étaient pas associées à la séroprévalence VIH avec un degré de signification inférieur à 0,10 (après contrôle de l'effet des autres variables du modèle), ont été retirées une à une, par ordre de degré de significativité décroissant (démarche pas à pas descendante). Les rapports de cote (odds ratio, OR) et leur intervalle de confiance à 95% ont été calculés pour chaque variable après ajustement du modèle global final.

Les variables "explicatives" testées ont été les suivantes pour les populations masculines :

- Age (moins de 25 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-49 ans et 50 ans et plus) ;
- Niveau d'étude (non scolarisé, primaire, secondaire et supérieur) ;
- Religion (musulmane ou autres, principalement catholique) ;
- Statut matrimonial (célibataire, marié monogame, marié polygame, en rupture d'union) ;
- L'ethnie (Wolof, Pulaar, Sereer, Diola, Autres) ;
- Populations d'appartenance (Militaires, Policiers, Camionneurs et Pêcheurs)
- Avoir passé au moins une nuit hors du domicile habituel/cantonnement au cours des 30 derniers jours ;
- Avoir séjourné au moins une fois au cours des 12 derniers mois dans une autre région du Sénégal ;
- Avoir séjourné au moins une fois au cours des 12 derniers mois dans un autre pays ;
- Avoir déjà consommé de l'alcool ;
- Avoir déjà consommé de la drogue ;
- Une sérologie herpétique positive ;
- Une sérologie syphilitique positive.

Pour les TS, nous avons considéré en plus des variables précédentes leur statut dans la profession (enregistrées ou clandestines), l'expérience de violences sexuelles au cours de la vie et l'expérience d'agressions physiques par les partenaires payants et par les partenaires non-payants, et nous avons ignoré la variable sur le nombre de nuits passé à l'extérieur du domicile.

Lorsque nous considérons (tableau 4-8) les résultats de ces premières analyses multivariées, nous observons que, *sur un plan strictement statistique*, aucune association significative n'a été trouvée, parmi les populations masculines, entre le statut sérologique VIH et :

- **La cible étudiée.** Toutes choses égales par ailleurs, aucune cible masculine ne semble être plus vulnérable au risque d'infection à VIH que les autres. Cet effet statistique doit néanmoins être relativisé, en raison d'abord de la faiblesse des échantillons, par rapport au bas niveau de prévalence à VIH, et à cause ensuite des écarts significatifs trouvés entre notamment les camionneurs et les pêcheurs et la population générale (EDS-5).
- L'âge, le niveau de scolarisation, la religion, le statut matrimonial et l'ethnie, le nombre de nuits passées à l'extérieur du domicile au cours du dernier mois et le séjour dans une autre région du Sénégal au cours des 12 derniers mois sont également des variables qui n'expliquent pas le risque d'infection. L'absence d'associations statistiques, notamment avec l'âge, le niveau de scolarisation et le statut matrimonial pourrait s'expliquer par la composition particulière de ces populations. Globalement, nous avons pu observer que les structures par âges et par niveau d'instruction de ces cibles diffèrent très sensiblement de celles de la population générale masculine.
- Enfin, une sérologie positive à la syphilis n'est pas significativement associée à la séropositivité au VIH.

En revanche, le risque de séropositivité VIH était significativement supérieur chez les hommes ciblés :

- Qui étaient **positifs au test de l'herpès** de type 2 (OR=6,67 ; $p<0,001$) ;
- Qui avaient **séjourné à l'étranger** au cours des douze derniers mois (OR = 2,52 ; $p=0,038$) ;
- Qui avaient **déjà consommé de la drogue** (OR = 2,29 ; $p=0,029$).

Tableau - 4-8 Facteurs sociodémographiques, professionnels, de mobilité et sérologiques associés au risque d'infection au VIH parmi les cibles masculines et chez les travailleuses du sexe

Erreur ! Liaison incorrecte.

Le modèle défini à partir des TS (tableau 4-8) suggère également aucune association significative entre le statut sérologique VIH et :

- Le niveau de scolarisation, la religion, le statut matrimonial et l'ethnie, le statut dans l'emploi (TS enregistrées ou clandestines) et le séjour dans une autre région du Sénégal au cours des 12 derniers mois ;
- De même, les variables relatives aux violences physiques et sexuelles subies n'ont pas d'effet sur le risque d'infection au VIH ;
- Enfin, une sérologie positive à la syphilis n'est pas significativement associée à la séropositivité au VIH.

Par contre, le risque d'infection à VIH est associé positivement et de façon significative :

- Aux TS trouvées **positives au test de l'herpès** (OR=2,99 ; p=0,043). Il s'agit là du seul facteur commun à toutes les cibles ;
- Aux TS **âgées entre 35 et 50 ans**, par rapport au groupe d'âges des moins de 30 ans (OR=2,20 ; p=0,005 chez les 35-39 ans et OR=2,12 ; p=0,003 chez les 40-49 ans) ;
- Aux TS **consommant de l'alcool** (OR=1,61 ; p=0,036).

4.2 Connaissances sur le VIH/SIDA et les autres IST et perception des risques

La connaissance, qu'elle soit celle, générale, de l'existence du SIDA, ou celle plus spécifique de la sévérité de la maladie ou des modes de transmission et de prévention, est une condition nécessaire à la modification des comportements sexuels (même si elle n'est pas suffisante), ne serait-ce que parce qu'elle façonne en partie les perceptions.

L'objectif de cette section est d'analyser les formes et les niveaux de la connaissance sur le SIDA, tant du point de vue de la gravité de la maladie, de ses modes de transmission, de ses méthodes de prévention et des sources d'information. Ces niveaux de connaissance seront, quand cela sera possible, mis en perspective avec les croyances et les fausses idées toujours présentes dans la population. En outre, ces connaissances seront mises en perspective avec les perceptions des risques pour la personne enquêtée et pour son groupe.

4.2.1 Connaissance du SIDA et de la séropositivité

Environ vingt ans après le début de l'épidémie, la presque totalité des populations ciblées (99,5% et 100%) ont entendu parler du SIDA (tableau 4-9). Dans l'ensemble, ces résultats sont proches de ceux obtenus en population générale : 98% des hommes sénégalais ont entendu parler du SIDA (Ndiaye et Ayad, 2006). Pour autant, cette connaissance du SIDA ne signifie pas nécessairement qu'elle soit totalement réappropriée par les enquêtés. Selon la cible considérée, entre 6 et 10% des personnes qui déclarent connaître le SIDA, ont quand même des doutes sur la réalité de cette maladie. Cette attitude est plus fréquente chez les pêcheurs (10%) et les policiers (9%). Parmi les populations déjà enquêtées en 2002 (BSS-3), on note que la proportion des personnes ayant des doutes sur l'existence du SIDA reste assez stable, à l'exception des pêcheurs, où elle passe de 4 à 10% (tableau 4-8).

Tableau - 4-9 Connaissance de l'existence du SIDA et de la séropositivité selon la cible enquêtée et l'enquête (BSS-3 et ENSC – 2006)

Caractéristiques	Militaires		Policiers	Camionneurs		Pêcheurs		Travailleuses du sexe	
	BSS-3	ENSC-2006	ENSC-2006	BSS-3	ENSC-2006	BSS-3	ENSC-2006	BSS-3	ENSC-2006
Effectifs	1114	748	632	1046	701	690	763	1825	618
Connaissance de l'existence du SIDA									

Connaît l'existence du SIDA	n.d.	99,5%	100,0%	n.d.	99,7 %	99,9%	n.d.	99,7%			
A des doutes sur l'existence du SIDA	5,0%	6,3%	8,7%	7,0%	7,6%	4,0%	9,6%	n.d.	5,9%		
Connaissance de la notion de séropositivité											
Pense qu'une personne infectée par le VIH peut paraître en bonne santé et ne présenter aucun symptôme	61,7%	89,8%	81,3%	36,1 %	71,2 %	61,7%	63,0%	n.d.	96,1%		
Pense qu'une personne infectée par le VIH et apparemment en bonne santé peut transmettre le VIH	90,5%	99,3%	76,9%	74,3 %	97,0 %	90,5%	92,5%	59 à 64% (1)	42 à 50% (2)	97% (3)	94% (4)

¹ : Indicateurs pour les TS enregistrées à Dakar et dans les autres régions

² : Indicateurs pour les TS clandestines à Dakar et dans les autres régions

³ : Indicateur pour les TS enregistrées

⁴ : Indicateur pour les TS clandestines

Si le SIDA est une maladie dont tous les enquêtés en connaissent au moins le nom, ils sont moins nombreux à savoir qu'une personne infectée peut paraître en bonne santé. Cette notion de porteur sain, un peu complexe, mais pourtant essentielle dans la lutte contre le VIH/SIDA, est ignorée par 10 à 37% des cibles masculines (tableau 4-9). Les pêcheurs (37%) et les camionneurs (29%) sont les plus nombreux à déclarer ne pas connaître la période asymptomatique de l'infection à VIH. En population générale, ce taux atteint chez les hommes les 30% (Ndiaye et Ayad, 2006). Les TS sont quant à elles, 4% à ne pas avoir cette information. Les TS clandestines sont ici plus ignorantes, avec une prévalence de 7% contre 3% pour celles qui sont enregistrées ($OR_{brut}=2,37$; $p=0,056$).

On constate que la connaissance de la séropositivité a globalement progressé dans les groupes où la comparaison est possible. Cette amélioration est particulièrement nette parmi les militaires (46% de progression) et les camionneurs (97% de progression). Par contre, nous ne notons pas de véritables changements chez les pêcheurs.

Généralement, les enquêtés qui savent qu'une personne infectée peut paraître en bonne santé, savent aussi, presque toutes, qu'elles peuvent transmettre le VIH (tableau 4-9).

4.2.2 Sources d'information

Les connaissances sur le SIDA passent principalement par le canal de la radio et de la télévision. Pour toutes les cibles masculines, les enquêtés déclarent la radio et la télévision comme une principale source d'information (figure 4-4). Ces canaux d'informations de masse sont complétés, pour les hommes en uniformes, par les journaux. En revanche, les connaissances sur le VIH/SIDA sont davantage reçues au moment de causeries chez les militaires (68%) ou lors des consultations dans les structures médicales parmi les TS (67%). Ce pourcentage tombe à 34%, lorsque nous ne considérons que les TS clandestines, contre 73% pour les TS enregistrées (visites de suivi). Cette différence est significative ($p<0,001$).

Figure 4-4 Proportion d'enquêtés selon la cible et la source d'information sur le VIH/SIDA citée spontanément.

Erreur ! Liaison incorrecte.

Parmi les canaux d'informations personnels, « les amis et les voisins » viennent globalement en premier, notamment chez les pêcheurs (60%) et les camionneurs (49%) ; tandis que « les causeries et conférences » sont des sources d'informations déclarées surtout par les militaires (68%), les TS (35%) et les policiers (44%). Hormis pour les militaires, les collègues ne sont pas vraiment une source d'information sur VIH/SIDA, pas plus que les partenaires sexuels ne le sont pour toutes les cibles confondus. Ce résultat sur les échanges avec les collègues professionnels doit être nuancé, puisque lorsque nous posons directement la question, entre 73 et 84% des personnes enquêtées déclarent avoir parlé du SIDA avec leurs collègues, et généralement de façon assez fréquente. Enfin, notons qu'un quart seulement des TS indiquent les associations comme source d'information sur le VIH/SIDA. Cette situation pourrait se comprendre par le fait que les TS enquêtées ne sont qu'un peu plus d'un tiers à être membre d'une association (37%).

Dans l'ensemble, nous notons que la connaissance sur le VIH/SIDA passe par les canaux médiatiques de masse, qui fournissent souvent des informations superficielles, ou par l'entourage (voisins, amis et collègues) qui peuvent véhiculer de fausses idées. Enfin, la communication interpersonnelle organisée par des personnes maîtrisant bien l'information sur le VIH/SIDA : Centres de Santé, ONG, Associations, etc. apparaît comme une source d'information encore trop marginale, à l'exception des travailleuses du sexe enregistrées et des militaires, pour qui les causeries organisées par le Service Sanitaire des Armées sont également un moment de diffusion de l'information.

4.2.3 Gravité de la maladie

Selon la population considérée, les enquêtés sont entre 7 et 19% à croire que l'on peut guérir du SIDA (figure 4-5) et ils sont entre 2 et 11% à ne pas avoir d'opinions claires sur la question. Une partie notable des personnes interrogées ignorent donc que le SIDA est une maladie incurable. Selon la population d'étude, cette proportion varie entre 9 et 30%.

Figure 4-5 Proportion d'enquêtés ignorant que le SIDA est une maladie incurable, selon la cible enquêtée.

Erreur ! Liaison incorrecte.

Les Travailleuses du sexe sont les mieux informées sur le caractère incurable du SIDA. Parmi, les populations masculines, les hommes en uniforme constituent le groupe le mieux informé ; tandis qu'un quart des camionneurs et près d'un tiers des pêcheurs ignorent que le sida est incurable.

4.2.4 Transmission du VIH/SIDA

Qu'elle que soit la population, les enquêtés ont dans l'ensemble une bonne connaissance des modes de transmission du VIH. Qu'il s'agisse de la transmission par voie sexuelle (à l'occasion d'un rapport non - protégé), de la transmission sanguine (au moyen d'une aiguille souillée, après contact avec une personne infectée, ou encore de l'infection par transfusion de sang contaminé), ces deux modes de contamination ne sont ignoré que par 1 à 6% des cibles (figure 4-6).

En revanche, la transmission de la mère à l'enfant (TME) paraît beaucoup moins bien maîtrisée, puisque selon les populations, entre le tiers et des deux tiers des enquêtés ignorent au moins une des voies de transmission du virus vers l'enfant : pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement maternel. Les femmes TS sont mieux informées sur cette question que les populations masculines. Les hommes sont au moins pour moitié ignorant de ce mode de transmission. Généralement, c'est la transmission par l'allaitement maternel qui reste la plus méconnue. Toutefois, si nous considérons non pas une connaissance parfaite de la TME, mais au moins une des trois voies de transmission vers l'enfant, alors ce sont entre 84 et 93% des enquêtés qui possèdent des informations sur la TME.

Figure 4-6 Proportion d'enquêtés ignorant que le SIDA peut se transmettre par voie sexuelle, par voie sanguine ou de la mère à l'enfant, selon la cible enquêtée.

Erreur ! Liaison incorrecte.

Si ces niveaux de connaissance sont un élément de satisfaction, ils ne doivent pas masquer néanmoins le fait que, comme souvent, la connaissance médicale ne se substitue pas aux savoirs traditionnels et aux fausses croyances, mais qu'elle s'y surajoute. Ainsi nous observons, qu'à côté de ces informations, les répondants adhèrent souvent à plusieurs idées fausses. Parmi celles-ci, les plus citées sont la croyance que le VIH peut se transmettre par une piqûre d'insectes (moustiques) ou bien que l'on peut attraper le SIDA en portant les vêtements d'une personne infectée.

Tableau - 4-10 Niveaux d'adhésion aux idées fausses les plus répandues sur la transmission du VIH, selon la population d'étude, et comparés à l'enquête BSS-3 (2002).

<i>Caractéristiques</i>	<i>Militaires</i>		<i>Policiers</i>	<i>Camionneurs</i>		<i>Pêcheurs</i>		<i>Travailleuses du sexe</i>	
	<i>BSS-3</i>	<i>ENSC-2006</i>	<i>ENSC-2006</i>	<i>BSS-3</i>	<i>ENSC-2006</i>	<i>BSS-3</i>	<i>ENSC-2006</i>	<i>BSS-3</i>	<i>ENSC-2006</i>
Effectifs	1114	748	632	1046	701	690	763	1825	618
Moyens surnaturels (sort jeté par un sorcier)	n.d.	3,8%	3,8%	n.d.	2,7%	n.d.	8,5%	n.d.	2,1%
Porter les vêtements d'une PVVIH	n.d.	9,1%	13,8%	n.d.	24,0%	n.d.	25,6%	n.d.	13,2%
Partager la nourriture avec une PVVIH	17,7%	3,1%	3,3%	47,6%	9,6%	38,0%	14,2%	n.d.	6,2%
Serrer la main à une PVVIH	13,6%	1,5%	2,7%	50,5%	7,6%	31,6%	10,0%	n.d.	5,6%
Piqûre de moustique	42,9%	25,9%	25,0%	25,8%	56,5%	59,4%	70,0%	n.d.	42,5%

A la lecture du tableau 4-10, nous constatons que l'idée que le VIH se transmet par piqûre de moustique a été approuvée par 26 à 70% des personnes interrogées. L'importance de cette idée peut paraître inquiétante dans la mesure où elle risque de démotiver les gens, convaincus que la transmission est indépendante de leur volonté (on échappe difficilement à une piqûre de moustique). Ce brouillage des messages sanitaires est probablement lié à l'ambiguïté des informations véhiculées lors des campagnes de lutte contre le paludisme et le SIDA. De même, ils sont entre 9 et 26% à croire qu'on peut attraper le VIH en portant les vêtements d'une personne infectée.

Globalement, ces fausses croyances sur les modes de transmission du VIH sont plus fréquentes chez les camionneurs et les pêcheurs. En outre, si comme le montre le tableau 4-10, elles

sont toutes en assez forte décroissance depuis 2002, sauf l'idée que le moustique est un vecteur du VIH est, qui pour sa part, et en progression dans ces deux populations cibles.

Afin de résumer ces différents résultats sur les connaissances de la transmission du VIH, nous avons élaboré trois indicateurs composites de transmission (ICT) construits à partir des informations sur la connaissance exacte des modes de transmissions et du rejet des fausses croyances qui y sont attachées. Le premier indicateur (ICT-1) mesure la bonne connaissance de la transmission sexuelle. Le deuxième indicateur (ICT-2) considère une bonne connaissance de la transmission par voie sexuelle et le rejet de toutes les fausses croyances dans ce domaine. Cet indicateur a été défini pour tenir compte du fait que la transmission sexuelle est le mode d'infection largement dominant au Sénégal. Le troisième indicateur (ICT-3) complète le second par une connaissance exacte des autres voies d'infection : par le sang et lors de la transmission entre la mère et l'enfant. Il s'agit alors d'une connaissance correcte du VIH/SIDA.

Comme nous le suggérons en début de section, la presque totalité des personnes ciblées connaissent la transmission du VIH par voie sexuelle, entre 97 et 99% (ICT1 sur la figure 4-7). Cependant, l'impression générale d'un niveau de connaissance très élevée doit être fortement nuancée lorsque nous prenons en compte les fausses croyances sur la transmission du VIH. Si nous considérons l'ICT-2, seuls les militaires et les policiers s'approchent ou dépassent les 50% de bonne connaissance de la transmission VIH. Pour les TS, ce niveau atteint 45%. En revanche, et de façon plus inquiétante, l'ICT-2 est 2 à 5 fois moins élevé chez les pêcheurs (12%) et les camionneurs (22%).

Pour toutes les populations ciblées, la prise en compte d'une bonne connaissance de la TME, principalement, réduit fortement la proportion des enquêtés connaissant précisément les modes de transmission du VIH. Le niveau de l'ICT-3 varie alors entre 4% pour les pêcheurs et 28% chez les TS. Parmi les populations masculines, les militaires et les policiers sont encore une fois les enquêtés les plus nombreux à connaître tous les modes de transmission du VIH, sans fausses croyances, même si ces proportions demeurent encore faibles : 25% pour les militaires et 14% pour les policiers (figure 4-7). En somme, au plus un quart des travailleuses du sexe et des militaires ont une connaissance correcte du VIH/SIDA. Pour les autres cibles, cette connaissance correcte est partagée par une minorité de personnes.

Figure 4-7 Proportion d'enquêtés ayant une bonne connaissance des modes de transmission du VIH (indicateurs composites) selon la population d'étude.

Erreur ! Liaison incorrecte.

ICT-1 : Connaît la transmission sexuelle du VIH ;

ICT-2 : Connaît la transmission sexuelle du VIH et rejette toutes les fausses croyances sur ces modes de transmission ;

ICT-3 : Connaît tous les modes de transmission du VIH (y compris TME) et en rejette toutes les fausses croyances sur la transmission.

Si nous considérons chacune des populations d'étude, nous observons, à la lecture du tableau 4-11 que qu'elle que soit la cible, la proportion d'enquêtés ayant de bonnes connaissances (ICT-2)¹⁰ augmente de façon significative avec le niveau de scolarisation. En revanche, l'âge de la personne enquêtée est un facteur déterminant de l'indicateur composite parmi les militaires et les TS ; les personnes âgées de moins de 30 sont clairement moins informées que leurs aînés. De même, le statut dans l'emploi est un facteur associé à l'ICT-2 que chez les militaires et les TS. Dans l'ensemble, nous notons que les officiers et les sous-officiers ainsi que les travailleuses du sexe enregistrées sont significativement plus nombreux à avoir une très bonne connaissance du mode de transmission sexuel que les autres soldats et les TS clandestines.

Pour finir, nous observons au tableau 4-11, que les séjours à l'étranger ne favorisent pas globalement une plus grande connaissance de la transmission du VIH. Plusieurs études avaient montré que les migrants internationaux, qui allaient vivre à l'étranger, pouvaient dans certaines conditions augmenter les connaissances sur le SIDA. Cette relation ne semble pas se retrouver avec la mobilité professionnelle temporaire, en dehors des policiers qui semblent être significativement plus

¹⁰ Cet indicateur composite a été choisi aux autres, car la transmission du VIH se fait essentiellement par voie sexuelle au Sénégal.

nombreux à avoir une bonne connaissance de la transmission du VIH ($p=0,027$), lorsqu'ils n'ont pas séjourné à l'étranger (voyage pour formation).

Tableau - 4-11 Proportion des enquêtés ayant une très bonne connaissance du mode de transmission sexuelle (avec rejet de toutes les fausses croyances) : ICT-2, par cible et selon certaines caractéristiques.

Caractéristiques	Militaires		Policiers		Camionneurs		Pêcheurs		Travailleuses du sexe	
	%	p de chi2	%	p de chi2	%	p de chi2	%	p de chi2	%	p de chi2
Age à l'enquête										
moins de 25 ans	21,6	p = 0,012	5,5	p = 0,455	16,8	p = 0,469	27,2	p = 0,124	5,4	p < 0,001
25-29 ans	10,9		19,7		22,6		16,3		9,4	
30-34 ans	22,3		8,0		15,5		16,3		15,5	
35-39 ans	16,2		5,2		11,6		18,5		20,2	
40-49 ans	20,6		27,4		18,1		17,4		38,6	
50 ans et plus	8,5		34,2		15,5		1,1		10,8	
Niveau d'instruction										
Non scolarisé	1,2	p < 0,001	-	p = 0,003	37,4	p < 0,001	23,9	p < 0,001	51,6	p = 0,075
primaire	18,9		5,5		40,7		47,8		32,9	
Secondaire 1 et 2	68,8		83,1		21,9		27,2		15,5	
Supérieur	11,1		11,4		-		1,1			
Statut dans l'emploi										
Officiers/Autres policiers/Autres Routiers/ autres pêcheurs /enregistrées	35,8	p < 0,001	34,2	p = 0,434	60,0	p = 0,641	64,1	p = 0,088	11,2	p = 0,006
Soldats/Police de la circulation/Chauffeurs/Capitaines et chefs de pir. /clandestines	64,2		65,9		40,0		35,9		88,8	
Séjour à l'étranger										
Oui	20,6	p = 0,599	5,3	p = 0,027	38,7	p = 0,628	31,5	p = 0,532	7,9	p = 0,346
Non	79,4		94,8		61,3		68,5		92,1	

4.2.5 Prévention du VIH/SIDA

Comme pour la transmission du VIH/SIDA, la grande majorité des enquêtés ont démontré une bonne connaissance factuelle de la prévention. En effet, en 2006 comme en 2002, la quasi-totalité des répondants ont déclaré qu'il est possible de se protéger du Sida. En 2006, cette connaissance était partagée par 90 à 100% des personnes interrogées (voir figure 4-9). Les pêcheurs sont la cible qui ignore le plus les possibilités de protection contre la transmission sexuelle du VIH. Ils sont 5% à ne pas posséder cette connaissance (voir figure 4-8). De même, un peu plus de 4% des pêcheurs n'ont pas d'opinions sur l'existence de méthodes de protection du VIH/SIDA. Pour les autres populations cibles, la situation est un peu plus favorable, avec des proportions d'enquêtés convaincus que l'on ne peut se protéger du VIH/SIDA, qui varient entre 1 et 3%.

Figure 4-8 Proportion d'enquêtés ne sachant pas que l'on peut se protéger contre la transmission sexuelle du VIH/SIDA, selon la cible d'étude.

Erreur ! Liaison incorrecte.

Parmi les moyens de protection correctement cités, la fidélité (« Avoir des relations sexuelles uniquement avec un partenaire fidèle ») est la stratégie la mieux connue et la plus souvent mentionnée par les camionneurs (93%), les militaires (98%) et les pêcheurs (97%). En revanche, la protection par le préservatif est plus citée que la fidélité parmi les TS (94% contre 79%) et les policiers (90% contre 84%). Quand il n'est pas cité le plus souvent, le port systématique du préservatif vient toujours au second rang des méthodes de protection les plus mentionnées. Enfin, l'abstinence est généralement moins souvent indiquée, particulièrement chez les camionneurs (69%) et les TS (45%), contre en moyenne 80% parmi les autres cibles.

Figure 4-9 Niveaux de connaissance des méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH, selon la cible d'enquêtée.

Erreur ! Liaison incorrecte.

La connaissance combinée des trois méthodes de protection contre une transmission sexuelle du VIH/SIDA est plus rare que chacune des méthodes prises individuellement (figure 4-9). Dans l'ensemble, plus de la moitié des enquêtés masculins déclarent savoir que l'on peut éviter une transmission sexuelle du VIH par la fidélité, l'usage systématique du préservatif et l'abstinence. Parmi les cibles masculines, ce sont les militaires et les policiers (78 et 73%) qui témoignent du meilleur niveau de connaissance. En revanche, les camionneurs sont un tiers moins nombreux que les militaires à citer les trois modes de protection, soit 52%. Enfin, seulement 44% des travailleuses du sexe indiquent à la fois la fidélité, le préservatif et l'abstinence comme méthodes de protection (figure 4-9). Ce faible niveau de déclaration s'explique sans doute par la faible proportion des TS ayant indiqué l'abstinence, à cause probablement de leur activité professionnelle.

A l'instar des connaissances sur les modes de transmission du Sida, la connaissance des moyens de prévention efficaces côtoie également des fausses croyances ou des idées reçues. Ainsi parmi toutes les cibles, l'idée, selon laquelle on peut éviter l'infection à VIH en refusant d'avoir des rapports sexuels avec les étrangers, est la plus répandue, notamment parmi les hommes. Les personnes ayant approuvé cette opinion sont, selon la population d'enquête, entre 41 et 72% (voir figure 4-10). Les camionneurs et les policiers sont les plus nombreux à partager cette idée. Parmi les autres croyances les plus répandues, citons par ordre d'importance la réduction du multipartenariat, les rapports sexuels avec des jeunes filles vierges, la sélection des partenaires sexuelles selon leur santé apparente et de façon plus marginale, le fait de se laver avant un rapport sexuel. Plus globalement, nous pouvons dire que les militaires et les travailleuses du sexe sont les catégories qui adhèrent le moins aux fausses croyances en matière de protection du VIH/SIDA. A l'inverse, les pêcheurs sont sans doute la cible dont le niveau de fausses croyances est de loin le plus élevé (figure 4-10).

Figure 4-10 Niveaux de fausses croyances relatives aux méthodes de prévention de l'infection du VIH, selon la cible d'enquêtee.

Erreur ! Liaison incorrecte.

Une fois de plus, nous pouvons donc noter qu'une bonne connaissance n'exclut pas les idées reçues sur les méthodes de prévention de l'infection à VIH ; des méthodes qui pour certaines peuvent réduire l'exposition au risque de transmission du VIH (probabilité de rencontrer un partenaire sexuel porteur du virus) – comme la diminution du nombre des partenaires sexuels –, mais qui n'agissent jamais sur le risque d'infection proprement dit.

4.2.6 Connaissances et antécédents des autres IST

Ainsi que le rappelle la section 3.5.4, les IST constituent un important facteur d'accroissement du risque de transmission du VIH, et leur maîtrise constitue un enjeu majeur dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ici, nous considérerons les connaissances et les perceptions des enquêtés sur les IST, de même que la façon dont ils traitent ces infections.

Comme pour le Sida, les infections sexuellement transmissibles sont une notion connue par la presque totalité des personnes interrogées. Comme l'indique le tableau 4-12, plus de 90% des enquêtés ont entendu parler des IST. Cette proportion est proche des 100% parmi les policiers et les travailleuses du sexe, tandis qu'elle concerne 9 personnes sur 10 parmi les pêcheurs. Globalement, nous notons aussi que la connaissance des IST a légèrement progressé entre 2002 (BSS-3) et l'enquête actuelle (ENSC-2006), avec une hausse d'environ 6 à 7% (camionneurs et pêcheurs).

Malgré cette familiarité avec la notion IST, les enquêtés sont généralement moins nombreux à connaître les symptômes par lesquels se manifestent ces maladies. Les symptômes des IST masculines sont généralement mieux connus que ceux spécifiques aux femmes, à l'exception des travailleuses du sexe, dont le niveau de connaissance est à peu près identique pour les deux sexes (voir tableau 4-12). Les pêcheurs et les camionneurs sont les groupes professionnels qui déclarent le moins connaître les symptômes masculins (respectivement 57 et 66%), alors que les policiers, travailleuses du sexe et les militaires sont entre 80 et 90% à déclarer posséder ces connaissances. Ces disparités entre les cibles sont encore plus flagrantes, lorsque nous considérons la proportion d'enquêtés pouvant citer spontanément au moins deux symptômes. Près des trois-quarts des policiers et des TS sont parvenus à mentionner deux signes cliniques ou plus. En revanche, les pêcheurs et les camionneurs sont près de deux fois moins nombreux à répondre correctement (respectivement 31 et 41%). Enfin, si nous comparons à la situation de 2001-2002, ces connaissances ont partout progressé, à l'exception des pêcheurs chez lesquels le niveau est resté stable.

Tableau - 4-12 Connaissances des IST chez l'homme et chez la femme selon la cible interrogée.

Caractéristiques	Militaires		Policiers	Camionneurs		Pêcheurs		Travailleuses du sexe	
	BSS-3	ENSC-2006	ENSC-2006	BSS-3	ENSC-2006	BSS-3	ENSC-2006	BSS-3	ENSC-2006
Effectifs	1114	748	632	1046	701	690	763	1825	618
Entendu parler des IST	96,7%	93,9%	99,4%	88,0%	94,4%	84,1%	90,2%	n.d.	98,1%
Connaît les symptômes IST chez l'homme	n.d.	80,6%	92,1%	n.d.	66,0%	n.d.	57,0%	n.d.	80,1%
Connaît les symptômes IST chez la femme	n.d.	50,7%	60,3%	n.d.	18,4%	n.d.	19,2%	n.d.	87,0%
Connaît au moins 2 symptômes IST chez l'homme	45,3%	59,0%	78,5%	27,6%	41,2%	31,4%	31,2%	26,6%	71,8%
Nombre moyen de symptômes chez l'homme cités spontanément	n.d.	1,78	2,62	n.d.	1,27	n.d.	0,99	n.d.	2,41
Connaît au moins 2 symptômes IST chez la femme	27,6%	31,7%	40,5%	10,7%	7,7%	14,5%	7,7%	38,6%	78,0%
Nombre moyen de symptômes chez la femme cités spontanément	n.d.	1,08	1,39	n.d.	0,26	n.d.	0,30	n.d.	3,04
Connaît au moins 2 symptômes IST chez l'homme et chez la femme	n.d.	30,5%	38,3%	n.d.	7,1%	n.d.	6,8%	n.d.	68,0%

Hormis la cible féminine, les autres catégories professionnelles sont beaucoup moins bien informées sur les symptômes spécifiques aux IST féminines. Chez les militaires et les policiers, le nombre d'enquêtés déclarant connaître des symptômes des IST chez la femme sont dans l'ensemble un tiers moins nombreux que ceux qui ont déclaré connaître ceux chez l'homme (51% pour les militaires et 60% pour les policiers). Parmi les pêcheurs et les camionneurs, la situation est bien plus inquiétante, puisqu'ils sont deux à trois fois moins nombreux à affirmer connaître les IST féminines que les IST masculines (voir tableau 4-12). En outre, si nous observons la proportion d'enquêtés qui peuvent citer au moins deux symptômes d'IST chez la femme, nous constatons que ce niveau de connaissances n'a pratiquement pas évolué entre les deux enquêtes de suivi comportemental (tableau 4-12). Les différences très importantes observées entre BSS3 et ENSC-2006, parmi les travailleuses du sexe, pourraient s'expliquer par la présence beaucoup plus forte de TS non enregistrées dans l'enquête de 2001, par rapport à celle de 2006. Reste que l'absence de progression des connaissances des IST féminines pourrait s'expliquer par le fait que l'effort des campagnes de sensibilisations a porté plus fortement sur le VIH que sur les IST.

Nous retrouvons globalement ces tendances et oppositions lorsque nous observons les Annexes 6-1 et 6-2. La deuxième annexe indique l'évolution des proportions d'enquêtés selon le nombre de symptômes masculins cités spontanément. Deux types d'évolution se distinguent. Le premier est caractéristique des pêcheurs et des camionneurs, marqué par un mode entre 1 et 2 symptômes, puis une décroissance rapide et concave. En revanche, pour les trois autres cibles, le mode s'est déplacé vers la droite (2 à 3 symptômes) et la baisse qui s'ensuit est plus lente et convexe.

De la même façon, l'annexe 6-1 permet de distinguer d'une part les pêcheurs et les camionneurs, d'autre part les hommes en uniforme et enfin les travailleuses du sexe. Pour le premier groupe, la majorité des enquêtés mentionnent 1 à 2 signes, puis les proportions diminuent très rapidement. Parmi les policiers et les militaires, le mode est plus étalé entre 1 et 3 symptômes. Enfin la courbe des TS se signale par sa régularité et son mode encore plus décalé vers la droite, autour de 3 à 4 signes IST.

Pour mieux synthétiser le niveau de connaissance des IST, nous avons construit un indicateur composite basé sur le nombre de symptômes connus à la fois chez l'homme et chez la femme. En effet, la transmission se faisant dans les 2 sens (de l'homme vers la femme, comme de la femme vers l'homme), il est indispensable que les gens sachent reconnaître les symptômes dans les deux cas de figure pour éviter tout rapport infectant. Les calculs effectués (tableau 4-12) montrent une fois encore que les TS sont les mieux informées avec une proportion de 68% qui connaissent au moins 2 signes d'IST à la fois chez l'homme et chez la femme. Cet avantage provient sans doute du travail réalisé par les centres de suivi et les ONG's qui interviennent auprès de ces cibles. Parmi les hommes, même si la situation est globalement plus mauvaise, nous distinguons une fois de plus les hommes en uniforme, plus sensibilisés à ces questions, (31% des militaires et 38% des policiers répondent à nos critères de

connaissance) et les camionneurs et les pêcheurs qui sont moins de 10% à citer spontanément deux symptômes d'IST chez l'homme et chez la femme.

Comme pour le VIH/SIDA, les connaissances sur les autres IST semblent avoir été acquises principalement aux travers des médias (radio et télévision), même si ces canaux d'information de masse jouent, pour presque toutes les cibles (sauf les policiers), un rôle globalement moins important (voir figure 4-11). L'entourage des enquêtés (amis, voisins, collègues) occupe en revanche une place plus grande (le troisième rang), notamment pour les camionneurs (58%) et les pêcheurs (56%). Si les TS sont plus nombreuses à obtenir des informations sur les IST au moment d'une consultation médicale, cette source d'information est surtout citée par les TS enregistrées (70% contre 27% pour les TS non enregistrées). Outre enfin une plus forte diversité des sources d'information, les autres tendances sont, somme toute, les mêmes que celles relevées à la section 4.2.2.

Figure 4-11 Proportion d'enquêtés selon la cible et la source d'information sur les IST citée spontanément

Erreur ! Liaison incorrecte.

En dehors des tests biologiques pour l'identification de plusieurs IST chez les enquêtés (voir section 3.5), nous avons essayé aussi d'apprécier de façon indirecte la prévalence d'IST, en questionnant les répondants sur des symptômes, qu'ils ont pu connaître au cours des 12 derniers mois. Compte tenu de la nature parfois non spécifique de certains de ces signes, nous avons convenu qu'un enquêté avait de fort risque d'avoir eu une IST s'il déclarait avoir eu au moins deux de ces symptômes.

De manière générale, on remarque qu'environ 10% des camionneurs, des policiers (12%) et des pêcheurs ont déclaré avoir ressenti au moins un symptôme d'IST au cours des douze derniers mois. Cette proportion chute à 2%, parmi les militaires, tandis qu'elle atteint les 31% chez les TS. Lorsque nous considérons les répondants qui ont signalé au moins deux signes d'IST, le pourcentage se réduit fortement, pour osciller autour de 3% (camionneurs, policiers et pêcheurs) et tomber à 1% chez les militaires. Chez les travailleuses du sexe, il n'est plus que de 17%. Au total, ces dernières évaluations sont assez proches des proportions d'épisodes d'IST, tels que déclarés par les enquêtés.

Étant donné la faiblesse des effectifs de personnes qui déclarent une IST, nous avons procédé aux analyses sur l'ensemble des cibles masculines. Nous notons alors que 47% (27/58) des personnes affirmant avoir souffert d'une IST au cours des douze derniers mois n'ont pas prévenu leurs partenaires sexuelles. De même, 30% (17/56) déclarent n'avoir rien fait pour éviter la transmission. Quand, il y a volonté de ne pas contaminer la partenaire, l'abstinence est la méthode la plus souvent mentionnée. Parmi les TS, la situation n'est pas beaucoup meilleure, puisque 58% (37/64) des TS qui ont admise avoir eu une IST n'ont pas prévenu leurs partenaires sexuels et 21% (13/63) n'ont rien fait pour éviter la transmission. Pour les autres TS infectées, la contamination a été évitée autant par l'usage du préservatif que par l'abstinence.

4.2.7 Perception des risques personnel et pour le groupe professionnel

Dans le processus du changement de comportement, les perceptions du risque (ou attitudes face au risque) ont indéniablement une fonction centrale dans la plupart des théories comportementales ; ces perceptions s'élaborant à partir des connaissances et des croyances, mais aussi de la personnalité de l'individu, de sa trajectoire socio-sexuelle et du contexte. En fait, la prise de conscience de sa propre vulnérabilité est souvent considérée comme un préalable pour un changement de comportement. A ce titre, cette section examinera également la perception que les répondants ont de la menace que représente le VIH/SIDA pour leur groupe professionnel.

Les individus ont été interrogés sur leur propre risque d'être contaminé par le VIH. Les modalités de réponse à cette question étaient formulées ainsi : « aucun risque », « un risque faible », « un risque modéré », « un risque élevé » ou « ne sait pas ». Selon la cible masculine considérée, les interrogés sont entre un cinquième et la moitié à penser avoir un risque (faible, modéré ou élevé) de contracter le VIH (figure 4-12). Les camionneurs sont la catégorie professionnelle qui se perçoit la moins à risque (seulement 19% d'entre eux ressentent un risque d'être infecté). Les militaires sont, pour leur part, 2,5 fois plus nombreux à ressentir ce même sentiment (47%), et sont en ce sens le groupe dont la conscience du risque est la plus aigüe. Entre ces deux situations extrêmes, nous trouvons les pêcheurs (26% se pensent à risque) et les policiers (35% estiment avoir un risque d'attraper le VIH). Toutes ces différences sont statistiquement significatives ($p < 0,001$). Bien évidemment, les travailleuses du sexe sont la cible qui exprime le plus fortement leur vulnérabilité,

puisque ce sont pas moins de 72% d'entre elles qui estiment avoir un risque d'attraper le VIH. Parmi celles-ci, 40% déclarent que ce risque est élevé (figure 4-12). Il est à noter enfin, que la proportion des enquêtés qui ne parviennent pas à évaluer leur risque est la plus élevée parmi les groupes professionnels qui sont aussi les plus confiants : les camionneurs (12%) et les pêcheurs (9%).

Figure 4-12 Auto-évaluation du risque d'être infecté par le VIH, selon le groupe professionnel.

Erreur ! Liaison incorrecte.

La comparaison de l'indicateur d'auto-évaluation du risque d'être infecté par le VIH entre l'enquête BSS3, menée en 2001 et 2002 et l'ENSC 2006 indique une **progression très nette** dans la prise de conscience des risques sexuels (figure 4-13). Quelle que soit la cible, les enquêtés sont partout moins nombreux à se penser indemne de tout risque en 2006. La diminution est la plus spectaculaire parmi les militaires et les TS, puisque la proportion des personnes déclarant n'avoir aucun risque d'infection est ici réduite de moitié ou des deux tiers. Cette évolution est sans doute à mettre au crédit des nombreuses campagnes de sensibilisation qui ont ciblé ces deux groupes. Les camionneurs et les pêcheurs connaissent la même évolution, bien que plus modestement avec un taux de décroissance d'environ 20%.

Figure 4-13 Proportion des enquêtés estimant n'avoir aucun risque d'être infecté par le VIH, selon le groupe professionnel et la période d'enquête (BSS3, 2001/02 et ENSC, 2006).

Erreur ! Liaison incorrecte.

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques, cognitives et professionnelles associées à la perception d'un risque, qu'il soit faible, modéré ou élevé, indique certains effets significatifs, essentiellement pour les militaires et les policiers. Ainsi, parmi les militaires, la proportion des enquêtés qui se perçoivent à risque augmente sensiblement :

- Avec le niveau d'instruction ($p < 0,001$) ;
- Avec le fait d'avoir séjourné à l'étranger ($p = 0,046$) ;
- Chez les consommateurs d'alcool ($p < 0,001$)

Chez les policiers, la conscience du risque personnel d'infection augmente :

- Chez les consommateurs d'alcool ($p = 0,008$) ;
- Avec le fait d'avoir séjourné au Sénégal et hors de sa région de résidence ($p = 0,003$) ;
- Avec le fait de connaître les moyens de se protéger contre la transmission sexuelle du VIH et de rejeter toutes les fausses croyances sur la transmission du virus ($p = 0,002$).

Notons enfin que les pêcheurs qui ont vécu au Sénégal mais hors de leur région de résidence habituelle se sentent plus à risque d'être infecté par le VIH ($p = 0,005$).

Pour les autres cibles, il ne ressort de ces analyses aucune association statistique significative. De la même façon, l'âge à l'enquête, le statut matrimonial, le statut dans l'emploi et une connaissance correcte du VIH/SIDA (ICT-3¹¹) n'expliquent pas la perception du risque personnel.

Si les bonnes connaissances sur le VIH/SIDA ne paraissent pas être statistiquement liées à l'auto-évaluation du risque, nous pouvons noter de façon anticipée (les variables comportementales n'ayant pas encore été introduites dans l'analyse) que la plupart des indicateurs de risque sexuel potentiel agissent sur la perception de sa propre vulnérabilité.

Ainsi, toutes cibles masculines confondues, la proportion des répondants qui se ressentent à risque s'élève fortement :

- Parmi les personnes qui déclarent au moins une partenaire régulière autre que l'épouse (46% contre 29%, $p < 0,001$) ;
- Chez les enquêtés qui indiquent avoir fréquenté au moins une partenaire occasionnelle au cours des douze derniers mois (50% contre 29%, $p < 0,001$) ;
- Parmi les répondants qui ont eu des rapports sexuels avec une partenaire commerciale (47% contre 32%, $p < 0,001$).

Ces relations statistiques entre les comportements sexuels et l'auto-évaluation de sa vulnérabilité se retrouvent pour chacune des cibles masculines.

Pour évaluer la menace que représente, selon l'interrogé, le SIDA pour son groupe, la question suivante a été posée : Quelle menace, selon vous, représente le SIDA pour votre groupe professionnel ? Les réponses proposées étaient alors « aucune menace », « une faible menace », « une menace modérée » et « une menace élevée ».

Figure 4-14 Perception du niveau de danger que représente le VIH/SIDA pour le groupe professionnel, selon la cible d'étude.

Erreur ! Liaison incorrecte.

Si la plupart des enquêtés des cibles masculines estiment n'avoir aucun risque d'attraper le VIH/SIDA, ils sont en revanche une majorité à penser que cette maladie constitue une menace pour le groupe professionnel auquel ils appartiennent (figure 4-14). Les camionneurs, pêcheurs et les militaires sont près de la moitié à déclarer que le SIDA constitue une grave menace pour leur profession. Les policiers, légèrement moins alarmés, sont tout de même 38% à partager cette

¹¹ ICT-3 : Connaît tous les modes de transmission du VIH (y compris TME) et en rejette toutes les fausses croyances sur la transmission.

opinion. Sans surprise, ce sont les travailleuses du sexe qui expriment la plus grande inquiétude, puisqu'elles sont 59% à déclarer que le VIH/SIDA menace leur groupe professionnel. Inversement, on note que seulement entre 7 et 21% des enquêtés jugent que le SIDA ne fait peser aucun risque sur leur profession.

Cette contradiction apparente entre les deux types de perception doit cependant être nuancée. Nous observons en effet, que pour presque toutes les cibles, les répondants, qui perçoivent le SIDA comme une grave menace pour leur groupe professionnel, sont aussi significativement plus nombreux à se percevoir personnellement à risque. Pour seuls les militaires, cette association statistique n'apparaît pas.

4.2.8 Facteurs de connaissance et de perception du VIH/SIDA associés à une séropositivité

Au terme de cette analyse des connaissances et des croyances en matière de VIH/SIDA et des perceptions des risques, nous avons tenté d'estimer l'effet net de chacune des variables considérées sur le risque d'infection au VIH. Pour ce faire, nous avons complété les équations présentées à la section 4.1.3 en introduisant l'ensemble des facteurs de connaissance sur la transmission, la protection du VIH/SIDA et sur les autres IST, ainsi que des variables sur la perception des risques personnels et pour la profession (régression logistique). Comme précédemment, nous avons regroupé l'ensemble des populations masculines à l'intérieur de cette première analyse. Un modèle spécifique a été calculé pour les travailleuses du sexe. Dans ces deux modèles, les estimations ne prennent pas en compte les variables relatives aux pratiques sexuelles. Celles-ci seront considérées dans la prochaine section.

L'analyse a donc cherché des différences de séroprévalence VIH (variable dépendante, "à expliquer") selon les différentes caractéristiques entrées dans le modèle. La procédure d'élaboration du modèle et d'analyse est identique à celle présentée dans la section 4.1.3.

Rappelons que les variables "explicatives" testées pour les populations masculines dans le modèle précédent étaient :

- Age (moins de 25 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-49 ans et 50 ans et plus) ;
- Niveau d'étude (non scolarisé, primaire, secondaire et supérieur) ;
- Religion (musulmane ou autres, principalement catholique) ;
- Statut matrimonial (célibataire, marié monogame, marié polygame, en rupture d'union) ;
- L'ethnie (Wolof, Pulaar, Sereer, Diola, Autres) ;
- Populations d'appartenance (Militaires, Policiers, Camionneurs et Pêcheurs)
- Avoir passé au moins une nuit hors du domicile habituel/cantonnement au cours des 30 derniers jours ;
- Avoir séjourné au moins une fois au cours des 12 derniers mois dans une autre région du Sénégal ;
- Avoir séjourné au moins une fois au cours des 12 derniers mois dans un autre pays ;
- Avoir déjà consommé de l'alcool ;
- Avoir déjà consommé de la drogue ;
- Une sérologie herpétique positive ;
- Une sérologie syphilitique positive.

A ces variables, nous avons ajouté (et testé) une série de variables spécifiques aux connaissances et perceptions. Ces variables sont :

- Connaître la transmission sexuelle du VIH/SIDA et rejeter toutes les fausses croyances sur la transmission (ICT-2)
- Connaître la transmission par voie sanguine
- Connaître la transmission de la mère à l'enfant
- Connaître les façons de se protéger contre une transmission sexuelle du VIH et rejeter toutes les fausses croyances sur la transmission
- Connaître au moins deux symptômes IST chez l'homme
- Connaître au moins deux symptômes IST chez la femme
- Croire que le VIH peut se transmettre par un moustique ou un sorcier
- Se percevoir à risque d'être infecté par le VIH (risque faible, modéré ou élevé)
- Considérer que le VIH/SIDA est une grave menace pour sa profession

En dehors des variables spécifiques déjà introduites dans le modèle précédent, aucune autre variable, différente des cibles masculines, n'a été considérée dans pour les calculs prédictifs de la cible TS.

Lorsque nous considérons (tableau 4-13) les résultats de ces nouvelles analyses multivariées, nous constatons que parmi les populations masculines, *sur un plan strictement statistique*, aucune association significative n'a été trouvée entre le statut sérologique VIH et :

- **La connaissance du VIH/SIDA** et des autres IST. Quelle que soit la variable considérée, le statut sérologique n'apparaît jamais déterminé par une bonne maîtrise des informations médicales sur le VIH/SIDA.
- **Les perceptions des risques** personnels et pour le groupe professionnel n'agissent pas sur la probabilité d'être séropositif.

Par ailleurs, certaines variables sociodémographiques et professionnelles restent sans effets statistiques, comme : l'appartenance professionnelle, l'âge, niveau de scolarisation, la religion, le statut matrimonial et l'ethnie, le nombre de nuits passées à l'extérieur du domicile au cours du dernier mois et le séjour dans une autre région du Sénégal au cours des 12 derniers mois. Rappelons ici que l'absence d'associations statistiques, notamment avec l'âge, le niveau de scolarisation et le statut matrimonial, pourrait s'expliquer par la composition particulière de ces populations, différente de celle habituellement relevée en population générale (voir tableau 4-1).

En revanche, le risque de séropositivité VIH était significativement supérieur chez les hommes ciblés :

- Qui pensaient que **le VIH pouvait se transmettre par un moustique ou par le sort jeté par un sorcier** (OR=3,03 ; p=0,017).

De même, certaines des associations précédentes ont été maintenues, puisque le risque d'infection au VIH était supérieur chez les hommes qui :

- Étaient **positifs au test de l'herpès** de type 2 (OR=9,19 ; p<0,001) ;
- Avaient **séjourné à l'étranger** au cours des douze derniers mois (OR = 2,45 ; p=0,039).

Il est à noter enfin que l'effet de la consommation de drogue disparaît dans ce modèle, au profit d'une influence positive de **la consommation d'alcool** (OR = 2,61 ; p=0,028).

Tableau - 4-13 Facteurs sociodémographiques, professionnels, de mobilité, cognitifs et sérologiques associés au risque d'infection au VIH parmi les cibles masculines et chez les travailleuses du sexe

Erreur ! Liaison incorrecte.

Le modèle défini à partir des TS (tableau 4-13) ne suggère également, d'un point de vue statistique, aucune association significative entre le statut sérologique VIH et :

- La connaissance des symptômes des autres IST et les perceptions des risques personnels et pour le groupe des TS.

De même plusieurs variables sociodémographiques demeurent sans effets sur le risque de séropositivité, comme : le niveau de scolarisation, la religion, le statut matrimonial et l'ethnie, le statut dans l'emploi (TS enregistrées ou clandestines) et le séjour dans une autre région du Sénégal au cours des 12 derniers mois. Les variables relatives aux violences physiques et sexuelles subies n'ont également toujours pas d'effet sur le risque d'infection au VIH, tout comme une sérologie positive à la syphilis.

Par contre, nous retrouvons des associations positives avec le risque d'infection à VIH et :

- Les TS **âgées entre 35 et 50 ans**, par rapport au groupe d'âges des moins de 30 ans (OR=2,17 ; p=0,007 chez les 35-39 ans et OR=1,93 ; p=0,010 chez les 40-49 ans) ;
- **Une séropositivité herpétique** (OR=3,61 ; p=0,037) ;
- **La consommation d'alcool** (OR=1,76 ; p=0,016). Ces deux derniers facteurs sont communs à toutes les cibles.

On peut signaler enfin que, comme l'indique le tableau 4-13, toutes les variables cognitives ne sont pas sans effet sur la séropositivité des travailleuses du sexe. Nous observons ainsi qu'une bonne connaissance de la transmission sexuelle du sida associée à un rejet de toutes les fausses croyances sur la transmission du VIH/SIDA réduit fortement le risque d'infection. Cette association, même si elle n'est significative qu'au seuil de 6,1% d'erreur ($OR=0,64$), doit être cependant considérée avec prudence. En effet, près 95% des travailleuses du sexe enregistrées et 47% des TS non-enregistrées avaient effectué un test de dépistage du VIH dans les douze mois précédant l'enquête. En outre la presque totalité d'entre elles connaissaient leurs résultats. Il est donc probable que ces femmes ont bénéficié d'un counselling qui a favorisé une augmentation de leurs connaissances et un changement de leur attitude. En somme, la relation statistique, telle qu'observée, pourrait être tout simplement inverse : le test du dépistage et la connaissance du statut sérologique de la TS permet une meilleure connaissance du VIH/SIDA.

Au terme de ces analyses multivariées, nous constatons que fort peu de variables relatives aux connaissances et qu'aucun facteur de perception n'explique le risque de séropositivité parmi les populations ciblées. **Cette absence de relation statistique ne met pas en cause l'existence, tellement vérifiée par ailleurs, entre les connaissances et les pratiques.** Mais, elle signale sans doute davantage la complexité des liens qui unissent les connaissances, les attitudes, les pratiques et l'infection à VIH. Tout d'abord, signalons que l'analyse est réalisée, pour les populations masculines, sur un assez faible effectif de séropositifs. Ensuite, l'enquête ne permet pas de déterminer si, pour les séropositifs masculins, les connaissances acquises sont antérieures ou postérieures à leur infection et éventuellement à l'annonce de leur séropositivité. Nous aurons à rappeler cette limite lors de l'analyse des comportements. Pour les travailleuses du sexe, cette relation entre test du VIH et connaissance est davantage avérée, surtout pour celles qui sont enregistrées.

Par ailleurs, en matière de santé, la connaissance n'est pas toujours le stimulus direct de l'action. Son effet passe par des attitudes et des perceptions qui se façonnent et se recomposent – pas uniquement par le savoir médical –, mais également par une culture, par une histoire sexuelle, par une personnalité et par un contexte. En d'autres termes, si la connaissance est un élément essentiel au changement de comportement, elle n'est pas suffisante : un même savoir peut ne pas produire les mêmes actions en tout temps, en tout lieu et chez toutes les personnes.

Ces considérations générales dites, nous observons que les variables reliées aux connaissances (ou à l'absence de connaissances) ne sont pas totalement étrangères à l'explication de la séropositivité. Nos analyses ont montré que les cibles masculines avaient toutes un assez bon niveau de connaissances sur les modes de transmission et de protection du VIH/SIDA. Mais aucun de ces facteurs n'explique leurs risques de séropositivité. Bien plus, ce sont ici de fausses croyances persistantes (le virus se transmet par le moustique ou par le sort jeté par un sorcier) qui ont un effet de brouillage sur les bonnes connaissances, qui révèlent une association positive avec le risque d'infection. Ce résultat indique donc clairement que les connaissances, souvent acquises par des canaux d'information de masse (télévision, radio, journaux, etc.), ne sont jamais tout à fait intégrées, notamment au regard de croyances plus fortement ancrées qui influencent, autant que le savoir médical, les comportements sanitaires.

4.3 Risques sexuels et facteurs de vulnérabilité

Dans un contexte comme celui du Sénégal, où la propagation du VIH/SIDA se fait en grande partie par voie sexuelle, la description des pratiques sexuelles est centrale pour comprendre et prévoir la dynamique de l'épidémie. A ce titre, et en l'absence de réponses thérapeutiques efficaces et facilement accessibles aux populations du sud, le changement des comportements sexuels reste un enjeu majeur dans la lutte contre le SIDA.

Comme précédemment, les analyses des pratiques sexuelles et de protection seront menées de façon distincte d'une part pour les cibles masculines et, d'autre part, pour les travailleuses du sexe.

4.3.1 L'entrée en vie sexuelle

Les modalités de l'entrée en vie sexuelle sont souvent essentielles à l'analyse des risques d'infection au VIH, dans la mesure où elles peuvent déterminer les comportements sexuels de l'adulte et où le premier rapport sexuel peut produire chez la jeune fille certaines lésions utérines (rupture de l'hymen) qui vont favoriser la transmission du virus.

Tableau - 4-14 Caractéristiques de l'entrée en vie sexuelle des répondants selon leur groupe professionnel d'appartenance.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Militaires</i>	<i>Policiers</i>	<i>Camionneurs</i>	<i>Pêcheurs</i>	<i>Travailleuses du sexe</i>
Effectifs	748	632	701	763	618
A déjà eu des rapports sexuels	98,0%	98,4%	91,7%	92,3%	100,0%
Age médian au premier rapport sexuel	20 ans	20 ans	20 ans	19 ans	15 ans
Age moyen au premier rapport sexuel	20,0 ans	20,0 ans	20,2 ans	19,4 ans	16,0 ans
Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel	36,8%	24,8%	22,4%	23,0%	2,1%
Age moyen du premier partenaire sexuel	17,8 ans	18,4 ans	17,5 ans	17,3 ans	28,2 ans
Age médian au premier rapport sexuel payant	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	26 ans
Age moyen au premier rapport sexuel payant	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	27,5 ans

A la lecture du tableau 4-14, nous notons que moins de 2% des hommes en uniforme et environ 8% des autres cibles masculines n'avaient jamais eu de rapports sexuels au moment de l'enquête. Ces différences sont probablement dues à une structure par âges plus jeune dans les professions de la pêche et du transport. Si nous considérons de façon spécifique, les apprentis pêcheurs et les apprentis routiers, nous constatons qu'environ 40% d'entre eux avaient moins de 25 ans et que 12% des apprentis pêcheurs et 15% des apprentis routiers déclaraient n'avoir jamais eu de rapports sexuels avant l'enquête (contre 4,5% pour les capitaines et les chefs de pirogue et 3,2% pour les chauffeurs et les convoyeurs).

Quelle que soit la cible masculine, l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 20 ans. Les répondants étaient généralement plus vieux de 2 ou 3 ans que leur partenaire sexuelle (tableau 4-14). Enfin seulement un quart à un tiers des enquêtés ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de cette première expérience sexuelle.

L'entrée en vie sexuelle des travailleuses du sexe présente des caractéristiques plus inquiétantes au regard des risques d'infection aux IST/VIH. En moyenne, les TS ont indiqué avoir débuté leur vie sexuelle à 16 ans. Leur premier partenaire sexuel était généralement plus âgé de 12 ans et seulement 2% d'entre elles se sont protégées par l'usage d'un préservatif. Cette différence d'âges entre les partenaires suggère une possibilité de transmission des infections des générations anciennes aux générations plus jeunes, et ceci d'autant plus que l'usage du préservatif est quasiment inexistant. Enfin, nous notons que le premier rapport sexuel payant intervient relativement tard, puisque c'est en moyenne à 28 ans que les TS déclarent avoir commencé à échanger des services sexuels contre de l'argent. Les TS non enregistrées ont, en moyenne, débuté cette activité 4 ans plus tôt que les TS enregistrées ($t < 0,001$).

4.3.2 Comportements sexuels chez les groupes professionnels masculins

4.3.2.1 La sexualité au cours des douze derniers mois et indicateurs de risque

Dans cette section nous considérerons des comportements indicateurs de risque chez les cibles masculines, à savoir les relations sexuelles avec des partenaires occasionnelles, avec des travailleuses du sexe et avec des partenaires multiples, au cours des douze derniers mois.

Figure 4-15 Proportion des enquêtés masculins ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnelles et commerciales au cours des douze derniers mois, selon le groupe professionnel et la période d'enquête (BSS3, 2002 et ENSC, 2006).

Erreur ! Liaison incorrecte.

D'après la figure 4-15, nous constatons que la proportion des personnes qui déclarent avoir eu des relations sexuelles avec des partenaires sexuelles occasionnelles (PSO)¹² au cours des douze mois précédant l'enquête est plutôt élevée et d'un niveau sensiblement identique d'une cible à l'autre. Environ un enquêté sur cinq (20%) a ainsi déclaré avoir eu des relations sexuelles avec au moins une partenaire occasionnelle au cours de douze mois précédant l'enquête. Cette proportion est légèrement plus élevée chez les militaires et les pêcheurs. Le nombre moyen de partenaires occasionnelles fréquentées par ces répondants varient assez fortement entre les groupes professionnels (voir annexe 6-3). Si les militaires qui ont eu des rapports avec les PSO indiquent en moyenne une seule partenaire, les pêcheurs et les camionneurs en signalent un peu plus de deux et les policiers presque trois.

La déclaration de relations sexuelles avec des travailleuses du sexe est toujours plus rare, mais aussi plus inégale selon les cibles. Si les pêcheurs sont 11% à indiquer avoir eu des rapports sexuels avec au moins une partenaire sexuelle commerciale¹³ (PSC) au cours des douze derniers mois, Les policiers sont à peine 2% à déclarer le même comportement. Néanmoins, nous constatons que la fréquentation des travailleuses du sexe était 3,7 fois plus importante parmi les policiers de la circulation (3,3%) que chez les autres policiers (0,9%) ($p=0,062$). Enfin, les militaires et les camionneurs indiquaient un niveau de fréquentation des PSC intermédiaire et sensiblement identique (entre 6 et 7%). Le nombre moyen de partenaires commerciales rencontrées par ces répondants varient là encore de façon substantielle. Comme pour les PSO, les policiers sont le groupe qui mentionne le nombre le plus élevé de partenaires commerciales fréquentées (3 PSC en moyenne), et ceci en dépit du faible niveau de fréquentation (voir annexe 6-3). Les pêcheurs qui ont eu des rapports avec des travailleuses du sexe en déclaraient 2,5, tandis que les militaires et les camionneurs en mentionnaient autour de 1,5.

Lorsque nous comparons les données de l'enquête BSS3 réalisée en 2002 à celle menée en 2006, nous observons pour toutes les cibles et pour tous les types de partenaires une augmentation importante des répondants ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles et commerciales (figure 4-15). Cette progression est particulièrement forte chez les pêcheurs, puisque la proportion de ces professionnels ayant eu des rapports avec des PSO a augmenté de 76% et celle pour les PSC a été multipliée par 2,4. Pour les militaires cette même progression a varié (selon le type de partenaire entre 60 et 80%). En revanche, la situation semble avoir été plutôt stable chez les camionneurs, lorsque l'on considère les partenaires commerciales, et la progression d'assez faible intensité (+20%) avec les partenaires occasionnelles.

Le questionnaire de l'ENSC-2006 ne permettait pas de distinguer la ou les épouses des autres partenaires régulières. Afin d'évaluer le multipartenariat, nous avons donc procédé de la façon suivante. Tout enquêté célibataire, marié monogame, divorcé ou veuf qui déclarait avoir plus d'une partenaire régulière était considéré comme multipartenaire. De même les polygames, qui répondaient avoir eu un ou plusieurs partenaires régulières, autres que leurs épouses, au cours des douze derniers mois étaient rangés parmi les multipartenaires.

Tableau - 4-15 Multipartenariat sexuel selon le type de partenaires et le groupe professionnel (cibles masculines).

<i>Caractéristiques</i>	<i>Militaires</i>	<i>Policiers</i>	<i>Camionneurs</i>	<i>Pêcheurs</i>
Effectifs	748	632	701	763
Multipartenaires régulières				
Proportion	25,8%	40,7%	13,6%	22,9%
Nombre moyen de partenaires régulières parmi ceux déclarant plus d'une partenaire régulière	2,58	2,70	2,31	2,78
Ensemble des partenaires				
Proportion	42,3%	48,1%	26,4%	37,9%
Nombre moyen de partenaires parmi ceux	3,11	3,80	3,45	4,03

¹² Pour la définition de la « partenaire occasionnel » se reporter à la section 3.4

¹³ Pour la définition de la « partenaire sexuelle commerciale » se reporter à la section 3.4

déclarant plus d'une partenaire				
---------------------------------	--	--	--	--

A partir de ces calculs, nous observons avec le tableau 4-15 que les répondants ayant plusieurs partenaires régulières représentent, selon la cible, entre 14 et 41% de l'effectif enquêté. Le niveau le plus élevé a été trouvé parmi les policiers, avec plus de 40% de la profession déclarant plusieurs partenaires régulières. En revanche, ce sont les camionneurs qui déclaraient le moins cette pratique ; les militaires et les pêcheurs indiquant un multipartenariat régulier chez respectivement 26 et 23% d'entre eux. Si, ce comportement est plus ou moins fréquent selon les cibles, le nombre moyen de partenaires régulières variait cependant assez peu, puisque oscillant entre 2,3 et 2,8 partenaires par répondant (tableau 4-15).

Si nous considérons tous les types de partenaires (régulières, occasionnelles et commerciales) la proportion d'individus pratiquant le multipartenariat est bien évidemment plus importante. Comme l'indique le tableau 4-15, c'est alors entre 26 et 48% des enquêtés qui déclarent avoir eu plusieurs partenaires sexuelles au cours de douze derniers mois. Si les camionneurs sont toujours le groupe qui mentionnait le moins cette pratique, les militaires sont, cette fois avec les policiers, les personnes qui déclaraient le plus souvent un multipartenariat (respectivement 42 et 48%). On notera que le multipartenariat est essentiellement composé de partenaires régulières chez les policiers (à 85%), alors que chez les militaires il est à 40% constitué de partenaires occasionnelles et commerciales¹⁴. Enfin, 38% des pêcheurs et 26% ont eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des douze derniers mois. Comme pour les militaires, le multipartenariat des camionneurs et des pêcheurs est en grande partie fait de partenaires occasionnelles et commerciales (respectivement 48% et 40%). En moyenne, les enquêtés ayant plusieurs partenaires en déclaraient entre 3 (chez les militaires) et 4 (parmi les pêcheurs).

4.3.2.2 Types de partenaires sexuelles et utilisation du préservatif

Les partenaires régulières

L'utilisation du préservatif avec sa partenaire régulière peut induire des négociations mêlées de suspicions. En effet, il est généralement admis que l'utilisation du préservatif, avec une partenaire régulière ou avec son épouse, est un usage qui peut être ressenti comme une offense et une accusation. Disons, plus généralement, que le sentiment amoureux et l'impression de confiance qu'il procure engagent souvent les partenaires dans des conduites qui excluent naturellement une protection stigmatisante.

Pour les répondants, la partenaire sexuelle régulière (PSR) est sans doute quelque peu différente de l'image que l'on s'en fait habituellement. Tout d'abord la notion de régularité peut ici être interrogée puisque pour la moitié des enquêtés, voire les deux tiers, le dernier rapport avec leur partenaire régulière remonte à plus d'un mois avant l'entretien. Dix pourcent (10%) des camionneurs et des policiers déclarent qu'il date de plus de six mois, tandis que cette proportion dépasse les 25% parmi les militaires et les pêcheurs. Par ailleurs, l'idée de confiance attachée souvent au partenariat régulier est là aussi à revoir, dans la mesure où entre 50 et 60% des personnes interrogées ne sont pas sûrs de la fidélité de leur partenaire sexuelle régulière (tableau 4-16). Signalons enfin que ces partenaires régulières ne sont pas mariées et qu'elles ont en moyenne entre 20 et 25 ans. Cette description est un peu différente pour les partenaires des policiers, puisque la proportion de partenaires mariées y atteint presque les 10%, et qu'elles sont plus âgées d'environ 5 ans en moyenne.

Tableau - 4-16 Caractéristiques de la dernière partenaire sexuelle régulière (PSR), autre que l'épouse, et usage du préservatif selon le groupe professionnel (cibles masculines).

Caractéristiques	Militaires	Policiers	Camionneurs	Pêcheurs
Répondants déclarant au moins une PSR (autre que l'épouse)	368	305	189	286
Le dernier rapport avec la dernière PSR (autre que l'épouse) date de moins d'un mois	34,0%	52,1%	47,6%	33,6%
Age moyen de la dernière PSR	23,9 ans	28,1 ans	23,1 ans	21,5 ans
Dernière PSR non-mariée	98,1	91,1%	95,2%	97,6%
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel	86,2%	64,8%	85,4%	55,8%

¹⁴ Ces résultats sont obtenus par différence entre le multipartenariat total et le multipartenariat régulier.

A utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel uniquement pour éviter une grossesse	11,2%	21,0%	43,9%	24,2%
Habituellement utilise toujours le préservatif avec cette PSR (12 derniers mois)	63,4%	54,5%	41,8%	42,5%
N'est pas sûr de la fidélité de la dernière PSR	58,1%	54,0%	52,8%	57,6%

Dans ces circonstances, il peut être moins surprenant d'observer, que quelle que soit la catégorie professionnelle, au moins 1 répondant sur 2, ayant une relation régulière, déclare avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec sa partenaire régulière (tableau 4-16). Cette proportion dépasse même les 80% parmi les camionneurs (85%) et les militaires (86%). La raison principale de l'utilisation d'un préservatif au cours du dernier rapport est la protection contre le VIH et les autres IST. Toutefois, les camionneurs sont 44% à invoquer uniquement le désir d'éviter une grossesse. Les policiers et les pêcheurs sont respectivement 21 et 24% à donner cette même raison. Enfin, lorsque l'on interroge les personnes sur leur pratique habituelle du préservatif au cours des douze derniers mois, nous notons que seulement 40 à 60% d'entre elles déclarent l'utiliser à chaque rapport.

Compte tenu de la faiblesse des effectifs pour chacune des cibles masculine, nous avons analysé les motifs de non utilisation du préservatif avec une PSR sur l'ensemble des quatre groupes professionnels. Lorsque nous interrogeons les personnes qui n'ont pas utilisé de préservatif, les explications fournies à cette conduite se regroupent autour de trois raisons principales : le préservatif n'était pas nécessaire car les partenaires se font confiance (fidélité), Les circonstances et le désir ont ne pas permis l'usage du préservatif, et enfin le condom est une gêne à l'acte sexuel (figure 4-16).

Figure 4-16 Raisons pour lesquelles le préservatif n'a pas été utilisé lors du dernier rapport sexuel avec une partenaire sexuelle régulière (PSR) et occasionnelle (PSO) sur le lieu habituel de résidence (toutes cibles masculines confondues).

Erreur ! Liaison incorrecte.

Bien que nous ayons vu précédemment, qu'une majorité des enquêtés ne réfutent pas la possibilité d'infidélités de la part de leur partenaire régulière, la confiance mutuelle reste la principale justification à une non-utilisation du préservatif. Indiquons tout de suite que ces deux informations ne sont pas contradictoires et que la confiance mutuelle est toujours associée au fait que l'enquêté perçoit sa partenaire comme fidèle. Les autres raisons importantes pour lesquelles le préservatif n'a pas été utilisé sont globalement identiques à celles invoquées lors d'un rapport avec une partenaire occasionnelle, soit l'imprévoyance et la conscience insuffisante du risque (« on y a pas pensé » ou « on n'en avait pas sur nous ») et la diminution du plaisir (« le préservatif réduit le plaisir » ou « la partenaire a refusé »).

Les partenaires occasionnelles en zone de résidence

Nous considérons ici les relations sexuelles avec les partenaires occasionnelles rencontrées sur le lieu de résidence habituel de l'enquête. Les comportements sexuels en situation de mobilité seront considérés dans une section suivante.

Globalement, nous notons avec le tableau 4-17 que seulement entre 10 et 16% des répondants indiquent avoir fréquenté, sur leur lieu de résidence, une partenaire sexuelle occasionnelle (PSO) au cours des douze derniers mois.

Même si l'intensité du phénomène est assez faible, il n'en demeure pas moins que les rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnelles constituent une situation particulièrement à risque pour l'infection à VIH. Pour autant, parmi les pêcheurs et les camionneurs, les personnes qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des douze derniers mois sont entre le tiers (33% des camionneurs) et près de la moitié (46% des pêcheurs) à ne pas avoir utilisé de préservatif lors du dernier rapport. Cette même proportion tombe à 19% chez les militaires et les policiers. Bien plus, lorsque l'on considère l'usage du préservatif, non pas lors du dernier rapport, mais sur les douze derniers mois, nous observons que la proportion des répondants disant utiliser le préservatif de façon systématique diminue pour toutes les catégories professionnelles ; la baisse la plus importante se retrouvant parmi les camionneurs (-30%) et les pêcheurs (-37%).

Tableau - 4-17 Caractéristiques de la dernière partenaire sexuelle occasionnelle (PSO) sur le lieu de résidence et usage du préservatif selon le groupe professionnel (cibles masculines).

<i>Caractéristiques</i>	<i>Militaires</i>	<i>Policiers</i>	<i>Camionneurs</i>	<i>Pêcheurs</i>
Répondants déclarant au moins une PSO	95	98	65	92
Proportion des enquêtés ayant eu une relation avec une PSO sur leur lieu de résidence au cours des 12 derniers mois	13,0%	15,8%	10,1%	13,1%
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel	81,1%	81,1%	65,6%	54,4%
Habituellement, utilisation systématique du préservatif	70,1%	66,7%	46,1%	34,3%
Partenaire plus jeune de plus de 5 ans	34,9%	54,2%	39,0%	20,0%

Il est à noter que la proportion des pêcheurs qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel ne varie entre les partenaires sexuelles régulières et les partenaires occasionnelles et que pour les camionneurs, le comportement de protection est, semble-t-il, significativement plus répandue avec les partenaires régulières qu'avec les partenaires occasionnelles rencontrées sur le lieu de résidence habituel (85% contre 66% ; $p=0,002$).

Au regard de la figure 4-16 sur les motifs de non utilisation du préservatif avec une PSO chez l'ensemble des quatre groupes professionnels, nous constatons que les explications fournies à cette conduite sont assez variées. Elles convergent néanmoins autour de deux attitudes principales : le préservatif est une gêne à l'acte sexuel pour au moins un des partenaires et le désir sexuel a dissipé toutes les mesures de prudence.

La rencontre sexuelle, lorsqu'elle se fait avec une partenaire occasionnelle, est parfois une situation imprévue et peu propice à des préoccupations de prudence, notamment quand les individus n'ont pas été suffisamment sensibilisés. C'est sans doute ce qui pourrait expliquer que, malgré un accès aux préservatifs relativement facile au Sénégal¹⁵, près de 40% des répondants déclarent que le préservatif n'était pas disponible (il ne l'avait pas prévu) ou qu'ils n'ont pas pensé à se protéger (15%). Enfin, comme l'illustre la figure 4-16, un répondant sur quatre explique son choix par son aversion pour le préservatif (« réduit le plaisir ») et 3% par celle de sa partenaire (« refus de la partenaire »).

Le comportement de protection varie également en fonction d'éléments propres à la situation et à la partenaire. La connaissance du partenaire, les circonstances de sa rencontre, son apparence physique, sa personnalité sont autant d'éléments à partir desquels l'individu réévalue le risque d'infection. Dans cette perspective, nous observons avec la figure 4-17 que les partenaires occasionnelles proviennent pour une grande part du voisinage. Autrement dit, il existe une certaine connivence (ou d'une moins familiarité) entre les partenaires. Cette situation se retrouve particulièrement avec les pêcheurs et les camionneurs (autour de 40%). La signification du voisinage pour les militaires pourrait être quelque peu différente dans la mesure où il s'agit le plus souvent du voisinage d'un cantonnement ; c'est-à-dire d'un voisinage sans doute socialement moins proche.

¹⁵ Rappelons que ce rapport avec une PSO s'est produit sur le lieu de résidence habituel du répondant. Celui-ci avait donc probablement une bonne connaissance des lieux d'approvisionnement du préservatif.

Figure 4-17 Lieux de rencontre de la dernière partenaire sexuelle occasionnelle fréquentée sur le lieu de résidence habituel du répondant, selon le groupe professionnel.

Erreur ! Liaison incorrecte.

En revanche, nous constatons que les policiers abordent leurs partenaires sexuelles occasionnelles souvent dans le cadre du travail (34%) et, qu'avec les camionneurs, ils sont près de 20% à avoir fait la connaissance de leur dernière PSO dans des lieux publics (bars, hôtels, marché...) ; deux situations qui induisent une moins grande connaissance de la partenaire et donc peut-être une attitude de plus grande prudence.

Les partenaires commerciales

Les rapports sexuels avec les travailleuses du sexe sont généralement perçus à très haut risque par les populations. A ce titre, nous avons pu noter qu'entre 60% et 90% des enquêtés indiquent, selon les cibles, les TS comme un groupe à risque. Il s'agit même du premier, ou sinon du deuxième, groupe mentionné par les cibles interrogées. Cette perception plus aiguë du risque s'exprime peut être d'abord par une très faible fréquentation des travailleuses du sexe – ou du moins une très faible déclaration de cette pratique – (voir tableau 4-18). En effet, la proportion des enquêtés ayant recours aux services sexuels des TS au cours du mois précédent l'enquête est globalement identique à celui noté plus haut, soit entre 2% (pour les policiers) et 10% (chez les pêcheurs). Par ailleurs, la conscience du risque (à la fois chez le client et pour la TS) apparaît avec une utilisation assez forte du préservatif. En plus d'être importante, elle est toujours supérieure à celle déclarée lors de rapports avec les partenaires occasionnelles (notamment chez les pêcheurs et les camionneurs).

Tableau - 4-18 Fréquentation des partenaires sexuelles commerciales (PSC) et usage du préservatif lors du dernier rapport selon le groupe professionnel (cibles masculines).

<i>Caractéristiques</i>	<i>Militaires</i>	<i>Policiers</i>	<i>Camionneurs</i>	<i>Pêcheurs</i>	<i>Total</i>
Répondants déclarant au moins une PSC	41	14	50	71	176
Proportion des enquêtés ayant eu une relation avec une PSC	6,8%	2,3%	6,4%	10,1%	6,6%
Nombre moyen de PSC fréquenté au cours des 30 derniers jours	1,1	1,2	1,4	1,4	1,3
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel	96,0%	100,0%	87,8%	83,3%	89,3%
Habituellement, utilisation systématique du préservatif	92,0%	93,3%	90,2%	77,8%	86,0%
La PSC a suggéré seule l'usage du préservatif	45,8%	28,6%	41,7%	55,0%	46,8%

La faiblesse des effectifs fréquentant les TS et la relative homogénéité des comportements entre les cibles, nous autorise à considérer l'ensemble des groupes pour donner plus de puissance statistique aux résultats obtenus (voir tableau 4-18). Ainsi, sur l'ensemble des groupes professionnels, 11% des personnes ayant fréquenté des travailleuses du sexe au cours des douze derniers mois indiquent n'avoir pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport. Ce non-usage du préservatif semble d'ailleurs plus présent parmi les pêcheurs. En outre, l'usage du préservatif est dans 47% des cas revient à la seule demande de la travailleuse du sexe.

Pour finir, la comparaison entre les données l'enquête de 2002 (BSS-3) et la situation en 2006 signale une persistance d'un niveau élevé l'usage systématique du préservatif au moment des rapports sexuels avec les partenaires sexuelles commerciales .

Figure 4-18 Proportion des enquêtés masculins ayant déclaré avoir utilisé de façon systématique le préservatif lors de relations sexuelles avec des partenaires occasionnelles et commerciales au cours des douze derniers mois, selon le groupe professionnel et la période d'enquête (BSS3, 2002 et ENSC, 2006).

Erreur ! Liaison incorrecte.

Cependant, lorsque nous considérons l'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnelles, nous observons alors que cette pratique a diminué pour toutes les cibles suivies. Cette baisse varie entre 15 et 30% et est toujours statistiquement significative (figure 4-18).

4.3.2.3 Sexualité, comportements de protection et séropositivité

Pour compléter cette analyse des risques sexuels, nous avons recherché les associations entre la séropositivité et les comportements sexuels des groupes professionnels masculins. Le tableau 4-19 produit les principaux résultats de l'étude descriptive. Pour chaque association, nous en avons vérifié la significativité par le test du χ^2 .

Les pratiques prises en compte sont à la fois des indicateurs de risque (caractéristiques qui augmentent la probabilité de rencontrer une personne infectée) et des facteurs de risque (variables qui accroissent la probabilité d'être infectée). Parmi les indicateurs de risque, nous avons considéré la fréquentation au cours des douze derniers mois d'au moins une partenaire occasionnelle, sur le lieu de résidence et pendant un déplacement professionnel, et d'au moins une partenaire commerciale. En outre, nous avons analysé l'effet du multipartenariat sur la séropositivité, en distinguant d'abord le multipartenariat composé uniquement de partenaires régulières et le multipartenariat constitué de tous les types de partenaire. Dans le multipartenariat que nous appelons « régulier » nous avons dissocié le multipartenariat où la polygamie est assimilée à une union monogame (ou dit autrement où les épouses d'union polygame sont traitées comme une seule épouse) et le multipartenariat où les épouses sont toutes comptabilisées, avec les autres partenaires régulières.

Au regard des facteurs de risque, deux variables composites ont été retenues. La première considère l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec une partenaire sexuelle régulière, autre que l'épouse, avec partenaire occasionnelle et avec une travailleuse du sexe. La seconde variable considère l'usage habituel du préservatif dans des situations analogues à celles décrites pour le premier facteur.

Tableau - 4-19 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques des comportements sexuels, tous groupes professionnels masculins confondus.

Caractéristiques des comportements sexuels	Prévalence VIH (%)	p de chi2
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport		
N'a pas fréquenté une PSR autre que l'épouse et une PSO et une PSC	0,96	p = 0,131
Dernier rapport protégé avec une PSR autre que l'épouse et une PSO et une PSC	0,55	
Dernier rapport non protégé avec une PSR autre que l'épouse ou une PSO ou une PSC	1,79	
Habituellement, utilisation systématique du préservatif		
N'a pas fréquenté une PSR autre que l'épouse et une PSO et une PSC	0,91	p = 0,712
Rapports protégés systématiquement lors de relations avec une PSR autre que l'épouse et une PSO et une PSC	0,83	
Rapports non protégés systématiquement lors de relations avec une PSR autre que l'épouse ou une PSO ou une PSC	1,24	
Multipartenariat régulier (hors polygamie)		
Pas de multipartenariat régulier	0,83	p = 0,239
Multipartenariat régulier	1,35	
Multipartenariat régulier (polygamie comprise)		
Pas de multipartenariat régulier	0,60	p = 0,010
Multipartenariat régulier	1,64	
Multipartenariat (hors polygamie, mais y compris PSO et PSC)		
Pas de multipartenariat	0,89	p = 0,618
Multipartenariat	1,09	
Rapport avec au moins une partenaire sexuelle occasionnelle		
Pas de rapport sexuel avec une PSO	0,99	p = 0,859
Au moins un rapport avec une PSO	0,91	
Rapport avec au moins une partenaire sexuelle occasionnelle pendant un déplacement professionnel		

Pas de rapport sexuel avec une PSC	0,96	p = 0,936
Au moins un rapport avec une PSC	1,00	
Rapport avec au moins une partenaire sexuelle commerciale		
Pas de rapport sexuel avec une PSC	0,92	p = 0,276
Au moins un rapport avec une PSC	1,76	

Depuis le début de l'épidémie du VIH/SIDA, il est reconnu que certains comportements sexuels sont potentiellement à risque et que la non utilisation du préservatif lors d'un rapport avec une personne infectée favorise la transmission du virus. Comme l'indique le tableau 4-19, la plupart des pratiques à risque sont positivement associées à la probabilité d'être séropositif. Mais, presque aucune de ces associations n'est trouvée statistiquement significative. Ni le fait d'avoir eu des rapports sexuels (protégés ou non) avec une partenaire commerciale ou avec une partenaire occasionnelle, ni celui d'avoir plusieurs partenaires n'est associé au risque d'infection à VIH. De même, l'utilisation du préservatif aussi bien lors du dernier rapport sexuel que ou tout au long d'une relation, avec une partenaire régulière, autre que l'épouse, avec une partenaire occasionnelle et avec une TS n'a pas d'effet significatif sur la séropositivité. Ces résultats ne doit pas remettre en cause, dans l'absolu, l'existence d'un risque attaché à ces indicateurs et facteurs comportementaux, mais elle interroge ici une certaine faiblesse statistique des effectifs et la fiabilité des réponses sur les comportements sexuels.

Seul un indicateur révèle une association forte avec le risque d'infection : il s'agit du multipartenariat « régulier ». Lorsque nous traitons la polygamie à l'instar de la monogamie, l'association trouvée est alors positive, mais non significative (24% de risque d'erreur). En revanche, cette association devient totalement significative quand nous considérons la polygamie comme une forme de multipartenariat, et que les épouses d'union polygame sont comptées au même titre que les autres partenaires régulières. Selon cette définition du multipartenariat régulier, les hommes ayant plusieurs partenaires ont alors 2,7 fois plus de risque d'être séropositifs que les autres hommes (p=0,010).

Pour bien comprendre ces résultats, disons tout de suite que l'absence de relations entre des comportements habituellement jugés à risque (fréquentation de PSO et de PSC, non utilisation du préservatif) et la séropositivité à VIH ne signifie pas – loin s'en faut –, que ces situations ne sont pas à risque pour les groupes professionnels étudiés. Plusieurs raisons méthodologiques (ou d'enquête) peuvent expliquer cet état de fait. Tout d'abord, la prévalence du VIH/SIDA étant basse au Sénégal, les échantillons d'enquête doivent être de taille importante pour permettre des analyses statistiquement robustes. Dans cette perspective, les échantillons de cette étude pourraient limiter quelque peu l'analyse, sans toutefois l'interdire. Par ailleurs les groupes professionnels enquêtés sont assez bien conscients des risques sexuels attachés au VIH/SIDA et ont parfaitement intégré la condamnation sociale et religieuse de certains comportements sexuels. En ce sens, il est possible que les répondants aient sous-déclaré certaines pratiques sexuelles et qu'ils aient sur-déclaré l'usage du préservatif. Enfin, la séropositivité peut être le résultat de comportements antérieurs à la période de référence de l'enquête, soit les douze derniers mois. Tout changement « positif » de comportements sexuels après une infection risque donc de fausser les analyses statistiques¹⁶.

L'effet positif et significatif du multipartenariat « régulier » sur le risque d'infection à VIH est incontestablement un résultat plus inattendu. Son interprétation est d'autant plus délicate que l'enquête réalisée n'a pas été conçue pour approfondir cette question. Néanmoins, nous avons tenté de vérifier cette relation, et peut-être de mieux la comprendre, à partir d'analyses statistiques complémentaires.

La polygamie étant un élément fort de cette relation, nous avons examiné les séroprévalences à VIH et à Herpès, ainsi que les comportements de protection, selon le statut matrimonial des répondants. La figure 4-19 en propose une illustration graphique.

Figure 4-19 Taux de prévalence du VIH et de l'Herpès, taux de fréquentation d'une partenaire autre que la ou les épouses et taux d'utilisation du préservatif, selon le statut matrimonial.

¹⁶ A ce titre, signalons qu'une personne infectée a déclaré n'avoir eu aucun rapport sexuel au cours des douze derniers mois. Elle ne connaissait pas son statut sérologique.

Erreur ! Liaison incorrecte.

Qu'il s'agisse de la prévalence au VIH ou de la prévalence à l'Herpès, les niveaux les plus élevés se situent d'abord parmi les polygames, puis chez les personnes divorcées ou veuves. Ces différences entre les statuts maritaux sont toutes significatives ($p < 0,001$ dans les deux cas). A contrario, nous observons que les hommes polygames sont les personnes les moins nombreuses à déclarer avoir eu des rapports sexuels avec d'autres femmes que leurs épouses, au cours des douze derniers mois. Ils ne sont que 27% à signaler des rapports extraconjugaux, contre 38% pour les monogames. Pour autant, si l'exposition au risque de rencontrer une personne infectée est plus faible parmi les polygames, ils sont clairement plus à risque d'être infecté. En effet, l'usage du préservatif, avec une partenaire autre que l'épouse, est parmi les plus faibles dans cette catégorie. Si nous considérons l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport, nous constatons que ce sont les hommes polygames qui, pour plus de la moitié (53%), ne se protègent pas. Les écarts de cet indicateur selon le statut matrimonial sont significatifs ($p = 0,003$).

Sur la base de ces résultats, nous avons poursuivi l'analyse en considérant ces mêmes indicateurs en fonction des groupes professionnels. Nous avons noté en effet, qu'à structure d'âges égale, les camionneurs sont la catégorie qui se déclare la plus polygame. Selon l'enquête, environ 20% des policiers et des camionneurs sont polygames (voir tableau 4-1). Cependant, lorsque nous estimons la fréquence de la polygamie, standardisée sur l'âge des policiers, nous constatons alors que les camionneurs seraient 1,8 fois plus polygames que les policiers (34,7% contre 19,3%).

Si nous reprenons les indicateurs et facteurs de risque précédents, ainsi que le taux de prévalence VIH, selon la catégorie professionnelle, nous observons que les camionneurs sont le groupe où les personnes fréquentant des partenaires régulières, autres que la ou les épouses, des partenaires occasionnelles ou des travailleuses du sexe sont les moins nombreuses (41%). Mais comme l'illustre la figure 4-20, si les camionneurs sont apparemment moins exposés au risque, ce risque est cependant plus grand, dans la mesure où, comme les pêcheurs, ils ont tendance à moins se protéger lors de relations avec une personne autre que l'épouse. Cette tendance est particulièrement nette à partir de l'indicateur construit sur l'usage habituel du préservatif au cours des 12 derniers mois. En somme, les camionneurs auraient, dans leur ensemble, des comportements et des risques similaires à ceux des polygames.

Figure 4-20 Taux de prévalence du VIH, taux de fréquentation d'une partenaire autre que la ou les épouses et taux d'utilisation du préservatif, selon le groupe professionnel.

Erreur ! Liaison incorrecte.

Tous ces résultats, bien qu'encore parcellaires, conduisent à certaines propositions d'interprétation. Si nous revenons à la relation entre le multipartenariat « régulier », – qui comprend la polygamie –, et l'infection à VIH (tableau 4-19), nous pouvons considérer qu'une relation qui s'inscrit dans le temps (même si les rapports sexuels ne sont pas fréquents) induit nécessairement une impression de familiarité entre les partenaires, qui rend plus difficile l'utilisation du préservatif. Autrement dit, la répétition des visites peut amener à une requalification de la partenaire, qui d'occasionnelle ou de commerciale lors de la première rencontre devient régulière au fil du temps ; ce changement de perception favorisant aussi une diminution des comportements de protection. Ainsi, les répondants qui déclarent un multipartenariat « régulier » (hors épouses) ont 1,4 fois plus de rapports sexuels non protégés (tous types de partenaires confondus) que les autres enquêtés ($p < 0,001$). En outre l'enquête montre que les polygames qui ont des partenaires régulières (en dehors de leurs épouses) ont 1,3 fois plus de rapports sexuels non protégés que les non polygames ($p = 0,042$). Mais sur ce dernier point nous ne pouvons apporter d'explication¹⁷.

Par ailleurs, les populations mobiles qui, en raison de leur profession, sont amenées à fréquenter toujours les mêmes lieux (les mêmes escales pour les routiers ou les mêmes plages pour les pêcheurs) sont plus susceptibles de développer une sorte de connivence avec la partenaire sexuelle, qu'ils ont pris l'habitude de retrouver à chaque passage. Ce sentiment d'attachement pourrait là aussi conduire les enquêtés à déclarer ces partenaires régulières comme des « épouses » et à faire valoir ainsi une polygamie de fait. Enfin, comme nous le verrons à la section suivante, la situation de mobilité n'augmente pas l'utilisation du préservatif, notamment chez les pêcheurs et les camionneurs.

¹⁷ Nous pouvons peut être invoquer ici une certaine habitude des polygames à ne pas se protéger, même quand on a plusieurs partenaires.

Reste que si l'habitude modifie les perceptions de la partenaire et les comportements de protection, elle n'annule pas les risques d'infection.

4.3.2.4 Situation de mobilité et prise de risque

Depuis la découverte du SIDA, les observations ont montré que la diffusion géographique du virus reste liée à la circulation des hommes. En outre, plusieurs auteurs suggèrent que la migration ne se cantonne pas à son rôle de véhicule de la maladie, mais participe à un processus de changement des comportements sexuels qui favorise l'infection du VIH chez la personne mobile. De façon élémentaire, la personne mobile est avant tout un inconnu, dont l'anonymat dans le milieu de destination augmente sa liberté sexuelle et réduit ses possibilités de rencontre. En offrant des relations impersonnelles, les partenaires commerciales et certaines partenaires occasionnelles sont souvent les premières femmes qui soient aisément et rapidement accessibles.

Bien évidemment, et comme cela vient d'être dit, la fréquentation régulière de certains lieux de destination ou de transit devrait modifier quelque peu cette analyse, dans la mesure où la personne mobile peut faire des rencontres en dehors des femmes qui le sollicitent habituellement, et peut éventuellement devenir « fidèle¹⁸ » à une partenaire.

L'enquête a été conçue pour fournir des premiers éléments d'analyse sur les changements de comportements des répondants en situation de mobilité. Nous avons ainsi interrogé l'enquêté sur sa fréquentation de partenaires occasionnelles sur les lieux de déplacement et sur son utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec une PSO, hors de son milieu de résidence habituel.

Comme nous le voyons avec le tableau 4-20, la propension des enquêtés à fréquenter une partenaire occasionnelle pendant un déplacement augmente faiblement (par rapport à la situation sur le lieu de résidence) pour trois cibles : les militaires, les camionneurs et les pêcheurs. Cette différence n'est en outre significative que pour les militaires, avec une augmentation de 32% ($p < 0,001$). La faiblesse des effectifs explique sans doute en partie l'absence de relation statistique parmi les camionneurs et les pêcheurs. En ce qui concerne les policiers, nous observons au contraire la baisse significative d'un comportement sexuel (-37%) déjà peu fréquent. La mobilité n'est donc pas un risque chez ce groupe professionnel.

Tableau - 4-20 Fréquentation de partenaires sexuelles occasionnelles sur le lieu de résidence et en déplacement professionnel et utilisation du préservatif, selon le groupe professionnel.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Militaires</i>			<i>Policiers</i>		
	<i>Comportements sur le lieu de résidence</i>	<i>Comportements en déplacement professionnel</i>	<i>p</i>	<i>Comportements sur le lieu de résidence</i>	<i>Comportements en déplacement professionnel</i>	<i>P</i>
Proportion des enquêtés ayant eu une relation avec une PSO	13,0%	21,9%	<0,001	15,8%	10,0%	<0,001
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec une PSO	81,1%	83,1%	0,674	81,1%	73,8%	0,283
PSO plus jeune de plus de 5 ans	34,9%	46,0%	0,113	54,2%	54,9%	0,968
<i>Caractéristiques</i>	<i>Camionneurs</i>			<i>Pêcheurs</i>		
	<i>Comportements sur le lieu de résidence</i>	<i>Comportements en déplacement professionnel</i>	<i>p</i>	<i>Comportements sur le lieu de résidence</i>	<i>Comportements en déplacement professionnel</i>	<i>P</i>
Proportion des enquêtés ayant	10,1%	13,1%	0,092	13,1%	15,1%	0,283

¹⁸ Le terme de « fidèle » est ici utilisé à dessein comme synonyme du terme « régulier », afin de mettre en évidence cette ambiguïté des mots et cette complexité des situations.

eu une relation avec une PSO						
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec une PSO	65,6%	68,3%	0,734	54,4%	62,3%	0,260
PSO plus jeune de plus de 5 ans	39,0%	34,1%	0,637	20,0%	39,1%	0,018

Globalement, le niveau de protection est, en situation de mobilité, identique à celui observé en milieu de résidence. Nous retrouvons donc aussi, pendant les déplacements ce que nous constatons sur le lieu de résidence habituel, à savoir une propension plus grande à déclarer se protéger chez les militaires et les policiers que parmi les camionneurs et les pêcheurs (tableau 4-20).

Ces quelques résultats ne nous permettent pas de statuer clairement sur la possibilité des groupes professionnels d'être un lien entre les populations à risque et la population générale, en raison de leur mobilité, et donc de favoriser la diffusion du VIH et la généralisation de l'épidémie. Tout d'abord, la mobilité de semble pas accroître les comportements sexuels potentiellement à risque, hormis peut-être pour les militaires. Mais ces données sont aussi insuffisantes, parce qu'elles ne prennent pas en compte les relations avec les TS, et surtout celles avec les partenaires dites régulières sur les lieux de passage. Or, nous avons pu voir qu'une partie non négligeable des risques sexuels se situe dans la fréquentation des partenaires qui sont déclarées comme « régulières ». Elles sous-estimeraient donc les changements de comportement en situation de mobilité.

Tableau - 4-21 Prévalence du VIH et de l'Herpès selon que l'enquête s'est déplacé au Sénégal ou à séjourné à l'étranger pour des raisons professionnelles et selon la cible.

Caractéristiques	Militaires		Policiers		Camionneurs		Pêcheurs		
	%	P de chi2	%	p de chi2	%	p de chi2	%	p de chi2	
Prévalence VIH									
Déplacement au Sénégal									
Oui	0,69	p = 0,932	0,45	p = 0,644	1,47	p = 0,550	0,46	p = 0,071	
Non	0,64		0,76		0,00		1,83		
Séjour à l'étranger									
Oui	1,35	p = 0,258	0,00	p = 0,694	2,89	p = 0,013	1,45	p = 0,423	
Non	0,50		0,67		0,50		0,80		
Prévalence Herpès									
Déplacement au Sénégal									
Oui	12,01	p = 944	11,11	p < 0,001	16,45	p = 0,271	8,45	p = 0,744	
Non	12,08		22,42		25,00		9,16		
Séjour à l'étranger									
Oui	9,46	p = 0,274	21,74	p = 0,664	21,90	p = 0,006	11,59	p = 0,083	
Non	12,73		18,17		13,57		7,57		

Pour autant, signalons avec le tableau 4-21 que les prévalences du VIH et de l'herpès sont, chez les camionneurs, associées de façon significative avec un séjour à l'étranger. Dans ce groupe professionnel, les individus ont ainsi 5,8 fois plus de risque d'être infecté par le VIH, et 1,6 fois plus de risque d'avoir le virus de l'herpès, s'ils ont voyagé à l'étranger. L'association statistique entre le séjour à l'étranger et la prévalence du VIH se maintient lorsque nous considérons l'ensemble des cibles (1,94% contre 0,62% ; p=0,003). Comme précédemment, ce sont chez les policiers que la relation s'inverse. Ici, c'est la prévalence de l'herpès qui est plus importante parmi les policiers sédentaires que chez ceux qui se déplacent à l'intérieur du Sénégal.

L'effet du séjour à l'étranger sur les risques d'infection aux IST et au VIH mérite d'être noté dans la mesure où, contrairement à ce que nous indiquions dans les paragraphes précédents, nous pouvons supposer que les personnes mobiles sont, dans cette situation, beaucoup moins familières avec leur milieu d'accueil et donc plus susceptibles de fréquenter des personnes facilement accessibles, comme les travailleuses du sexe. Autrement dit, il est possible que les risques liés à la mobilité se posent en termes différents lorsque le déplacement se fait dans un milieu connu (et peut-être même familier), comme le Sénégal, et quand il se produit à l'étranger.

Au terme de ces analyses sur la mobilité, le changement de comportements sexuels et la séropositivité, les quelques résultats dont nous disposons ne permettent pas de comprendre totalement tous les mécanismes qui animent cette relation. Cependant, ils constituent, à notre sens, des éléments suffisants pour soutenir l'hypothèse de l'existence d'un effet passerelle, chez les

militaires – même s'ils se déclarent très prudents (usage fréquent du préservatif) – et chez les pêcheurs et les camionneurs. Pour ce dernier groupe, le recours encore insuffisant au préservatif en situation de mobilité, une séropositivité plus importante chez les routiers qui voyagent à l'étranger et la plus forte proportion de polygames sont des signes qui doivent suggérer des risques de diffusion du VIH, à commencer par une diffusion intra-familiale.

4.3.3 Comportements sexuels chez les travailleuses du sexe

4.3.3.1 La sexualité au cours de la dernière semaine

Afin de réduire les risques d'omission, nous avons limité l'analyse à l'activité professionnelle des TS réalisée pendant la dernière semaine précédant l'enquête. Au cours de cette période, les travailleuses du sexe déclarent avoir exercé une activité sexuelle rémunérée pendant 3,1 jours, en moyenne. Les TS non enregistrées paraissent avoir une activité moins régulière, puisqu'elles indiquent avoir vendu des services sexuels pendant, en moyenne, 1,6 jours. Les TS enregistrées ont travaillé pendant 3,4 jours en moyenne ($t < 0,001$). Par ailleurs, elles sont plus d'un tiers à affirmer n'avoir pas travaillé au cours de la dernière semaine (36%), contre 14% pour les TS enregistrées ($p < 0,001$). En revanche, près du quart (23%) des TS enregistrées ont travaillé au moins 6 jours au cours de la dernière semaine (voir tableau 4-22).

Pendant ces nuits d'activité, les travailleuses du sexe ont eu en moyenne 7,6 partenaires payants, avec bien sûr un nombre de partenaires plus faible chez les TS non enregistrées (3,4 clients) que parmi les autres (8,2 clients). Cet écart provient essentiellement à la différence de jours travaillés ; les travailleuses du sexe (enregistrées ou non) ayant environ 2 partenaires par nuit.

Lorsque nous distinguons les partenaires payants anciens des nouveaux, nous observons, avec le tableau 4-22, que les TS déclarent en moyenne autant partenaires anciens que de partenaires nouveaux, soit 3 partenaires au cours de la dernière semaine. Si nous procédons aux mêmes calculs pour uniquement les TS qui ont eu une activité au cours des sept derniers jours, le nombre moyen de partenaires nouveaux et anciens est à nouveau similaire pour l'ensemble des répondantes (environ 3,5 clients) et pour les TS enregistrées (environ 4 clients). Cependant, nous notons aussi un écart sensible parmi les TS enregistrées. Ce sont en moyenne 1,2 partenaires nouveaux qui sont mentionnés par les TS non enregistrées, et 1,9 anciens clients ($t = 0,081$). De même à la lecture du tableau 4-22, deux fois plus de TS non enregistrées et actives au cours de la dernière semaine n'ont déclaré aucun partenaire nouveau (60,7%), comparées à celles qui n'ont indiqué aucun partenaire ancien (29,6% ; $p = 0,001$). Enfin, les TS non enregistrées sont 17% à avoir déclaré plus de partenaires nouveaux qu'anciens, alors qu'elles sont 58% chez les TS enregistrées.

Tableau - 4-22 Répartition des travailleuses du sexe (enregistrées et non enregistrées) selon le type de partenaire déclaré au cours des de la dernière semaine et leur nombre.

Caractéristiques	Travailleuses du sexe		
	TS enregistrées	TS non enregistrées	Ensemble
Effectifs	520	95	615
Partenaires payants anciens			
0	33,9%	54,7%	37,1%
1	12,9%	17,9%	13,7%
2	11,9%	13,7%	12,2%
3	8,9%	3,2%	8,0%
4 et +	32,5%	10,5%	29,1%
Moyenne sur l'ensemble des répondantes	3,6	1,2	3,2
Moyenne sur les répondantes ayant eu au moins un partenaire ancien	5,4	2,7	5,1
Partenaires payants nouveaux			
0	36,9%	74,7%	42,8%

1	11,7%	9,5%	11,4%
2	13,3%	6,3%	12,2%
3	8,3%	3,2%	7,5%
4 et +	29,9%	6,3%	26,2%
Moyenne sur l'ensemble des répondantes	3,3	0,8	2,9
Moyenne sur les répondantes ayant eu au moins un partenaire nouveau	5,3	3,0	5,1
Ensemble des partenaires payants			
0	17,3%	42,1%	21,2%
1	8,1%	16,8%	9,4%
2	15,8%	15,8%	12,2%
3	10,4%	8,4%	10,1%
4 et +	52,7%	16,8%	47,2%
Moyenne sur l'ensemble des répondantes	6,7	1,0	6,0
Moyenne sur les répondantes ayant eu au moins un partenaire payant	8,2	3,4	7,6

En somme, nous constatons que contrairement aux TS enregistrées, les TS non enregistrées ont une activité sexuelle commerciale plus irrégulière, un peu moins intense et qui repose davantage sur une clientèle de familiers.

4.3.3.2 Types de partenaires sexuels et utilisation du préservatif

Les partenaires payants nouveaux et anciens au cours de la dernière semaine

Selon les données de l'enquête, le montant perçu pour une passe oscille généralement autour de 11000 Fcfa, que le partenaire soit ancien ou nouveau, sans que la différence soit significative. Cependant, lorsque nous distinguons les TS, selon qu'elles soient ou non enregistrées, nous notons que pour les TS non enregistrées le montant de la passe est pour un partenaire nouveau supérieur en moyenne de 3712 Fcfa, par rapport au montant demandé à un partenaire ancien (14212 Fcfa contre 10505 Fcfa ; $t=0,009$). Cette différence est statistiquement significative. En revanche aucune différence de tarif n'est faite entre les types de partenaires payants, lorsque les TS sont enregistrées (voir tableau 4-23).

Dans le même esprit, nous constatons tout d'abord les travailleuses du sexe déclarent presque toutes utiliser le préservatif, aussi bien avec un partenaire nouveau (98,2%) qu'avec un partenaire ancien (97,3%), lors du dernier rapport sexuel (97,7%) ou de façon habituelle (97,9%). Mais, lorsque nous considérons séparément les TS non enregistrées (tableau 4-23), il apparaît alors qu'elles sont 13% moins nombreuses à avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire ancien, comparativement à leur fréquence d'utilisation du préservatif avec un partenaire nouveau ($p=0,017$). Les TS enregistrées ne signalent, quant à elles, aucune différence de comportements. Pour justifier que le rapport n'ait pas été protégé, les TS non enregistrées font valoir pour 44% d'entre elles (8/18) la confiance envers le partenaire (« ce n'est pas nécessaire », « j'ai confiance en lui »). La seconde raison importante, qui est avancée, est le refus du partenaire (6/18). Enfin, signalons pour l'anecdote que deux TS non enregistrées ont répondu n'avoir pas utilisé de préservatif parce qu'elles n'y ont pas pensé !

Tableau - 4-23 Caractéristiques du dernier rapport payant et usage du préservatif, selon le type de partenaire payant, chez les travailleuses du sexe enregistrées et non enregistrées.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Travailleuses du sexe enregistrées</i>			<i>Travailleuses du sexe non enregistrées</i>		
	<i>Partenaire payant nouveau</i>	<i>Partenaire payant ancien</i>	<i>Sig.</i>	<i>Partenaire payant nouveau</i>	<i>Partenaire payant ancien</i>	<i>Sig.</i>
Montant perçu en francs CFA	10783	10998	$t=0,357$	14217	10505	$t=0,009$
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport	99,8%	99,4%	$p=0,326$	92,9%	80,4%	$p=0,017$
Usage habituel du préservatif	99,4%	98,6%	$p=0,213$	86,9%	94,6%	$p=0,100$
Accepte de ne pas utiliser de préservatif	2,2%	3,3%	$p=0,270$	13,1%	17,4	$p=0,430$

Si les travailleuses du sexe déclarent utiliser toujours, ou presque, le préservatif, elles sont néanmoins un nombre non négligeable à répondre qu'elles accepteraient de ne pas se protéger si le client le demandait (avec ou sans compensation financière). Là encore, les attitudes diffèrent selon le type de TS. Les TS enregistrées ne sont que 3% à prendre le risque de ne pas se protéger, tandis qu'elles sont, parmi les TS non enregistrées, 15% (i.e. cinq fois plus) à accepter le rapport non protégé ($p<0,001$). A la lecture du tableau 4-23, il semblerait que les TS non enregistrées renonceraient plus facilement au préservatif avec un partenaire ancien qu'avec un partenaire nouveau ; mais ici la différence n'est pas significative.

Au total, nous constatons que globalement les TS déclarent se protéger presque systématiquement, lorsqu'elles ont un rapport sexuel avec un partenaire payant. Cependant, ce constat est loin d'être totalement positif, dans la mesure où les travailleuses du sexe non enregistrées continuent à ne pas se protéger (lors du dernier rapport), dans 14% des cas, et qu'elles sont à peu près autant à accepter un rapport non protégé si la demande leur était faite. Cette situation particulière – puisque nous ne la retrouvons pas officiellement chez les TS enregistrées – peut s'expliquer tout à la fois par une moins bonne connaissance des risques sexuels (voir section 4.2), par une pratique de la prostitution beaucoup plus tournée vers une clientèle d'habitues, et par sans doute des contraintes financières plus fortes, qui favorisent moins la négociation. Par ailleurs, il faut aussi rappeler, que compte tenu du très haut niveau de sensibilisation des TS enregistrées, il n'est pas impossible aussi qu'elles aient eu tendance à sous-déclarer leurs comportements à risque.

Les partenaires non payants au cours du dernier mois

La nature des relations entre les travailleuses de sexe et leurs partenaires non payants est bien évidemment différente ; elle peut faire appel aux sentiments amoureux, à la confiance ou à la domination... autant d'éléments qui peuvent modifier les comportements de protection, et selon des logiques somme toute assez proches de celles qui distinguent, en population générale, les pratiques avec le partenaire occasionnel de celles avec le partenaire régulier.

Différemment des partenaires payants, nous avons considéré les partenaires non payants fréquentés au cours des 30 jours précédant l'enquête. Dans l'ensemble, les travailleuses du sexe déclarent pour 36% d'entre elles une relation avec un partenaire non payant. Comme le montre le tableau 4-24, TS non enregistrées sont 1,8 fois plus nombreuses à signaler un partenaire non payant que les TS enregistrées ($p<0,001$).

Généralement le profil du partenaire non payant ne varie beaucoup entre les deux types de TS. Les partenaires non payants vivent hors union (célibataires, divorcés ou veufs) dans 61% des cas. Les partenaires plus vieux de 10 ou plus sont plus nombreux chez les TS enregistrées (20%) que parmi celles qui ne le sont pas (11%). Mais cette différence n'est pas significative (tableau 4-24). De même, on note que 62% des travailleuses du sexe ne sont pas sûres de la fidélité de leur dernier partenaire non payant. Enfin, il faut souligner que 46% de ces partenaires sont soit d'anciens clients, soit ont été rencontrés sur un lieu de prostitution. Cette caractéristique varie fortement entre les TS enregistrées et les TS non enregistrées, puisque les premières sont près de 3 fois plus nombreuses à avoir fait la connaissance de leur partenaire non payant dans le cadre de leur travail, que les TS non enregistrées ($p<0,001$).

Tableau - 4-24 Caractéristiques du dernier partenaire non payant, et usage du préservatif chez les travailleuses du sexe enregistrées et non enregistrées.

Caractéristiques	TS enregistrées	TS non enregistrées	Signification
Répondants déclarant au moins un partenaire non payant au cours du dernier mois	175	63	
A eu au moins un partenaire non payant au cours du dernier mois	31,9%	57,5%	$p<0,001$
Partenaire plus vieux de 10 ans ou plus	20,0%	11,1%	$p=0,113$
N'est pas sûre de la fidélité du dernier partenaire non payant	63,5%	61,1%	$p=0,742$
Partenaire non payant est un ancien client ou a été rencontré sur des lieux de prostitution	56,0%	19,0%	$p<0,001$
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel	45,7%	46,0%	$p=0,965$
N'ont pas utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel en raison du refus d'un des deux partenaires	39,8%	32,4%	$p=0,444$
Habituellement utilise toujours le préservatif avec un partenaire non payant	32,0%	34,9%	$p=0,672$

Si les caractéristiques des partenaires non payants appellent généralement à une attitude de prudence lors des rapports sexuels, nous observons avec le tableau 4-24 que moins de la moitié des TS affirment avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire non payant (46%). Cette proportion ne varie pas entre les deux types de travailleuses sexuelles. De même, elles ne sont qu'un tiers à déclarer utiliser systématiquement le préservatif avec les partenaires non payants. Comme l'indique le tableau 4-24, cette prise de risque est le plus souvent justifiée par le refus d'un des deux partenaires (38%). Pour l'essentiel, ce refus provient de l'homme ; les TS étant 5% à mentionner qu'elles n'ont pas utilisé de préservatif parce qu'elles n'aiment pas cela.

Pour finir l'analyse comparée de l'utilisation du préservatif en 2001 (BSS-3) et en 2006 (ENSC), montre que le préservatif reste très fortement utilisé avec un partenaire payant. Cependant, lorsque nous distinguons les travailleuses du sexe selon leur statut, nous constatons avec la figure 4-21) que les TS non enregistrées utilisent un peu moins le préservatifs avec les partenaires payants anciens et que cette situation tend à s'aggraver. L'utilisation systématique du préservatif avec un partenaire payant ancien est déclaré en 2006 par 80% des TS enregistrées, contre 90% en 2001 ($p=0,009$).

Figure 4-21 Proportion des travailleuses du sexe ayant déclaré avoir utilisé de façon systématique le préservatif lors de relations sexuelles avec des partenaires payants et non payants au cours des douze derniers mois, selon leur statut professionnel et la période d'enquête (BSS3, 2002 et ENSC, 2006).

Erreur ! Liaison incorrecte.

Enfin, en 2001 comme en 2006, les travailleuses du sexe utilisent assez peu le préservatif avec les partenaires non payants (46%) ; et là aussi la situation s'est détériorée chez les travailleuses du sexe non enregistrées (46% contre 60% en 2001).

4.3.4 Facteurs relatifs aux pratiques sexuelles et de protection associés à une séropositivité

Au terme de cette analyse des comportements sexuels et de l'utilisation du préservatif, nous avons tenté, comme précédemment d'estimer l'effet net de chacune des variables considérées sur le risque d'infection au VIH. Pour ce faire, nous avons complété les équations présentées aux sections 4.1.3 et 4.2.8 en introduisant certains facteurs comportementaux (régression logistique). Toujours selon le même principe, nous avons associé l'ensemble des populations masculines à l'intérieur d'une première analyse, tandis qu'un modèle spécifique a été calculé pour les travailleuses du sexe.

Les groupes professionnels masculins

L'analyse a donc cherché des différences de séroprévalence VIH (variable dépendante, "à expliquer") selon les différentes caractéristiques entrées dans le modèle. La procédure d'élaboration du modèle et d'analyse est identique à celles présentées dans les sections 4.1.3 et 4.2.8.

En plus des variables déjà introduites dans les modèles précédents sur les caractéristiques socioprofessionnelles et sur les connaissances et perceptions du VIH/SIDA, nous avons, pour les cibles masculines, pris en compte les facteurs comportementaux suivants :

- A eu au moins un rapport sexuel avec une partenaire occasionnelle ;
- A eu au moins un rapport sexuel avec une partenaire commerciale ;
- Nombre de partenaires sexuelles régulières.

Les variables sur l'utilisation du préservatif pendant le dernier rapport sexuel avec chacun des trois types de partenaires n'étaient pas significativement associées (au seuil de 20% d'erreur) au risque de séropositivité lors des analyses descriptives préalables (non présentées ici). Elles n'ont donc pas été considérées dans le modèle multivarié. Il en a été de même pour la variable dichotomique « a eu au moins un rapport sexuel avec une partenaire régulière autre que l'épouse ». En revanche, nous avons pris en considération l'effet du nombre de partenaires sexuelles régulières sur le risque d'infection à VIH. La définition de cette variable, correspond à celle donnée à la section 4.3.2.1, soit l'attribution de la valeur 1 (une partenaire) pour la ou les épouses des hommes mariés. Ensuite, nous avons décompté le nombre de partenaires sexuelles régulières déclarées.

Lorsque nous considérons (tableau 4-25) les résultats de ces nouvelles analyses multivariées, nous observons que parmi les populations masculines, sur un plan strictement statistique, aucune association significative n'a été trouvée entre le statut sérologique VIH et :

- **La fréquentation d'une partenaire sexuelle occasionnelle ou commerciale** au cours des douze derniers mois.

Par ailleurs, Les variables sociodémographiques, professionnelles, de perceptions et cognitives, qui n'étaient déjà pas associées dans les modèles précédents, restent sans effets, à l'instar de : l'appartenance professionnelle, l'âge, le niveau de scolarisation, la religion, le statut matrimonial et l'ethnie, le nombre de nuits passées à l'extérieur du domicile au cours du dernier mois, le séjour dans une autre région du Sénégal au cours des 12 derniers mois, la bonne connaissance du VIH/Sida et la perception des risque.

Tableau - 4-25 Facteurs sociodémographiques, professionnels, de mobilité, cognitifs, sérologiques et comportementaux associés au risque d'infection au VIH parmi les cibles masculines et chez les travailleuses du sexe

Erreur ! Liaison incorrecte.

nc : non concerné
ns : non significatif

En revanche, le risque de séropositivité VIH était significativement supérieur chez les hommes ciblés :

- Qui avaient **plusieurs partenaires sexuelles régulières**. Ainsi, une partenaire sexuelle régulière supplémentaire augmentait le risque d'infection de façon substantielle (OR=1,32 ; $p<0,001$). Il est à noter que la relation est de même intensité et tout aussi significative, lorsque l'on dénombre les épouses parmi les partenaires régulières.

De même, certaines des associations précédentes ont été maintenues, puisque le risque d'infection au VIH était supérieur chez les hommes qui :

- Étaient **positifs au test de l'herpès** de type 2 (OR=8,75 ; $p<0,001$) ;
- Avaient **séjourné à l'étranger** au cours des douze derniers mois (OR = 2,59 ; $p=0,031$).
- Qui pensaient que **le VIH pouvait se transmettre par un moustique ou par le sort jeté par un sorcier** (OR=3,25 ; $p=0,012$).

Il est à noter enfin que l'effet de la consommation d'alcool perd un peu de sa signification en passant légèrement au dessus du seuil d'erreur de 5% (OR = 2,33 ; $p=0,055$).

Les travailleuses du sexe

Concernant les travailleuses du sexe, les variables comportementales prises en compte sont bien évidemment particulières à leur activité professionnelle. Ainsi, outre les variables déjà introduites dans les modèles précédents sur les caractéristiques socioprofessionnelles et sur les connaissances et perceptions du VIH/SIDA, nous avons entré les facteurs comportementaux suivants :

- A utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire payant ancien ;
- A utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire payant nouveau ;
- A utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non payant.

Les prévalences de l'usage du préservatif, que ce soit lors du dernier rapport, ou habituellement au cours une relation, et quel que soit le type de partenaires payants, sont pratiquement homogènes sur l'ensemble de l'échantillon. Lors des analyses descriptives, la plupart de ces variables n'avaient donc indiqué aucune association significative avec le risque de séropositivité à VIH. Pour autant, nous avons choisi d'analyser la probabilité d'infection en contrôlant les usages du préservatif lors du dernier rapport avec les partenaires payants. Enfin, dans la mesure où une minorité seulement des travailleuses sexuelles déclarent avoir eu un partenaire non payant au cours du dernier mois, nous avons construit la variable sur l'utilisation du préservatif en considérant trois modalités : « n'a pas de partenaires non payants », « a un partenaire non payant et utilise le préservatif » et « a un partenaire non payant et n'utilise pas de préservatif ».

A la lecture du tableau 4-25, nous observons que parmi les travailleuses du sexe, et sur un plan strictement statistique, aucune association significative n'a été trouvée entre le statut sérologique VIH et :

- **L'usage du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire payant (ancien et nouveau).** Cette absence de relation ne doit pas surprendre, puisque comme nous l'avons vu précédemment les TS déclarent presque toutes utiliser le préservatif dans le cadre de leur activité professionnelle.

Par ailleurs, signalons que, comme l'indiquer le modèle antérieur (section 4.2.8), plusieurs variables sociodémographiques, professionnelles, de perceptions et cognitives, sont sans effets sur le risque de séropositivité, à l'exemple de : l'appartenance professionnelle, l'âge, le niveau de scolarisation, la religion, le statut matrimonial et l'ethnie, le nombre de nuits passées à l'extérieur du domicile au cours du dernier mois, le séjour dans une autre région du Sénégal au cours des 12 derniers mois et la perception des risques.

Par contre, nous notons que :

- **Les travailleuses du sexe qui n'ont pas de partenaires non payants** étaient plus souvent séropositives au VIH que celles qui avaient un partenaire non payant et qui se protégeaient. Si le risque d'infection était supérieur lorsque les TS ne se protégeaient pas (par rapport à celles qui utilisaient le préservatif), la différence n'est pas significative.

Enfin, comme dans le modèle précédent, nous retrouvons les associations positives avec le risque d'infection à VIH et :

- **Les TS âgées entre 35 et 50 ans**, par rapport au groupe d'âges des moins de 30 ans (OR=2,20 ; $p=0,007$ chez les 35-39 ans et OR=1,76 ; $p=0,031$ chez les 40-49 ans) ;
- **La consommation d'alcool** (OR=1,65 ; $p=0,034$).
- **Une bonne connaissance de la transmission sexuelle du sida** associée à un rejet de toutes les fausses croyances sur la transmission du VIH/SIDA réduit fortement le risque d'infection (OR=0,58 ; $p=0,027$).

Une sérologie positive à l'herpès de type 2, bien que toujours fortement associée au risque d'infection au VIH, perd en partie sa significativité statistique, une fois les variables comportementales introduites (OR=3,06 ; $p=0,071$). Cet effet statistique pourrait s'expliquer par une association forte entre une sérologie herpétique et le fait de ne pas avoir de partenaire non payant, caractéristique contenu dans la variable comportementale qui influence déjà le risque de séropositivité à VIH.

Lors de l'analyse multivariée précédente, nous appelions à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats. Cet avertissement doit être réitéré ici, encore plus fortement. Contrairement aux cibles masculines, les TS ne sont pas, dans leur ensemble, séro-agnostiques. Au moment de l'enquête, elles ont déjà effectué un ou plusieurs tests VIH, dont elles connaissent le résultat (95% des TS enregistrées et 47% des TS non-enregistrées avaient effectué un test de dépistage du VIH dans les douze mois précédant l'enquête). C'est particulièrement vrai pour les travailleuses du sexe enregistrées. Or, cette situation modifie le sens des réponses apportées à une grande partie des questions, ainsi que leur liaison causale avec la séropositivité des TS.

Nous évoquons plus haut la possibilité que c'est le dépistage qui a permis l'amélioration des connaissances et non, comme nous avons l'habitude de le supposer, que ce sont les bonnes connaissances qui réduisent les risques d'infection. De la même façon, il est très peu probable que l'absence de partenaires non payants diminue la probabilité d'être séropositif, comme nous pourrions le déduire du dernier modèle statistique (tableau 4.25). Considérant que cette relation est surtout vrai

parmi les TS enregistrées (résultat non présenté), nous pouvons émettre *l'hypothèse* que ces femmes, se sachant pour certaines séropositives (25% contre 14% parmi celles qui ont un partenaire non payant), choisissent de ne plus avoir de partenaires non payants. Dans d'autres contextes africains, plusieurs études ont montré que l'abstinence est souvent une réponse privilégiée par les femmes séropositives. Dans le cas des TS, ce « refus » de sexualité se manifesterait exclusivement avec le partenaire non payant, dont nous avons vu que les logiques relationnelles reposent en partie sur le sentiment amoureux et le plaisir ; des éléments qui rendraient plus difficile la négociation et l'utilisation du préservatif.

Au terme de ces analyses comportementales, nous notons globalement, et nonobstant les réserves que nous venons d'émettre, que les variables associées au risque d'infection à VIH ne mettent en cause ni les relations avec des partenaires occasionnelles ou commerciales (pour les cibles masculines), ni les relations avec les partenaires payants (pour les TS). **Ce constat ne signifie pas bien sûr que ces situations ne sont pas à risque.** Bien au contraire, mais le risque qui leur ait associé semble aujourd'hui suffisamment bien intégré pour que les répondants déclarent (à juste titre ou non) utiliser le préservatif. En revanche, les analyses descriptives sur l'utilisation du préservatif, pour les TS, et multivariées, pour les cibles masculines, montrent que **les relations avec les partenaires régulières** (ou désignées comme telles) **et les partenaires non payants constituent d'autres situations favorables à l'infection à VIH**, car i) elles n'induisent pas toujours la fidélité du partenaire, ii) elles ne permettent que très difficilement la négociation pour l'usage du préservatif et, finalement, iii) elles produisent une sous-évaluation du risque.

4.4 Changement de comportements sexuels

Comme le comportement, son changement est un processus complexe qui met en jeu à la fois la connaissance objective du risque et l'évaluation subjective de sa vulnérabilité. Cette attitude se façonne en fonction d'un environnement, par rapport à une trajectoire personnelle et selon une interaction (celle qui s'établit avec le partenaire sexuel). L'analyse du risque d'infection au VIH nous a permis d'appréhender certains de ces éléments constitutifs au comportement sexuel.

L'ambition de ce chapitre n'est pas de retrouver l'intelligence de cette complexité, mais plus modestement d'évaluer le changement de comportement, à partir de sa déclaration, et d'en décrire les motivations et la nature. Par ailleurs, nous considérerons les attitudes et pratiques à l'égard du test de dépistage du VIH. Ainsi que nous l'avons entrevu avec les comportements des travailleuses du sexe, la connaissance de son statut sérologique est en effet un moteur important du changement de comportement sexuel.

4.4.1 Changements de comportements déclarés

Dans tous les groupes professionnels, la proportion d'enquêtés ayant déclaré avoir changé de comportement a augmenté entre 2001/02 et 2006, à l'exception des pêcheurs (voir figure 4-22). Ce progrès est particulièrement notable chez les militaires et les travailleuses du sexe (hausse d'environ 30 et 40%), avec des niveaux de changement dépassant les 80% en 2006. Bien que moins fortement, les changements de comportement ont tout de même progressé chez les camionneurs, avec une hausse de 23%, entre 2002 et 2006. En revanche, c'est dans une proportion à peu près équivalence que les pêcheurs déclarent avoir changé de comportements en 2002 (66%) et en 2006 (59%).

Figure 4-22 Proportion de répondants ayant déclaré un changement de comportements depuis leur connaissance du VIH/SIDA, selon les groupes professionnels et la période d'enquête (BSS-3, 2001/02 et ENSC, 2006).

Erreur ! Liaison incorrecte.

Si nous considérons de façon globale toutes les cibles de l'étude, nous observons que la capacité (ou la volonté) à changer de comportements est moins grande chez les personnes âgées (plus de 50 ans) que parmi les adultes plus jeunes (tableau 4-26).

Pour qu'il y ait changement de comportement, il faut bien évidemment connaître le risque ou le danger qui menace. Cette connaissance préalable, explique l'importance des facteurs cognitifs dans l'explication du changement. Ainsi, il ressort qu'un niveau d'instruction égal ou supérieur au secondaire et qu'une bonne connaissance du VIH/SIDA (ici exprimée par les indicateurs combinés ICT-2 et ICT-3) facilitent le changement de comportements. Inversement, l'attachement à certaines fausses croyances sur la transmission du VIH freine le changement pour de bonnes pratiques. Cet effet se retrouve particulièrement chez les pêcheurs.

Enfin, nous constatons que la prise de conscience de sa propre vulnérabilité est un élément essentiel dans le processus de changement. Ainsi, les personnes qui se perçoivent à risque (quel que soit le niveau de ce risque) sont 1,31 fois plus nombreuses à déclarer avoir modifié leurs comportements depuis qu'ils connaissent le VIH/SIDA, que ceux qui ne ressentent aucune vulnérabilité (91% contre 69% ; $p < 0,001$). Cette relation se retrouve chez toutes les populations cibles ; mais elle est particulièrement forte chez les pêcheurs (86% contre 49%, $p < 0,001$). Cette perception du risque personnel explique sans doute que la majorité des répondants aient déclaré avoir changé de comportement parce qu'ils avaient « peur du sida ». Les militaires et les TS sont les groupes qui ont le plus fait appel à cet argument, pour justifier leurs changements de comportements (respectivement 63% et 77%).

Ces changements de comportement déclarés sont essentiellement ceux qui composent les messages de sensibilisation habituels. Il s'agit notamment de la fidélité, de l'utilisation systématique du préservatif dans des rapports à risque, de l'abstinence et l'évitement de contacts sanguins. Sur l'ensemble des cibles masculines, les changements les plus fréquemment déclarés sont la fidélité (50%) et l'évitement des contacts sanguins (48%). L'usage du préservatif n'est mentionné que par un tiers des hommes ayant déclaré avoir changé de comportements (36%). Enfin, l'abstinence est tout de même citée par 16% des répondants. Chez les TS, l'utilisation du préservatif est bien évidemment le type de changements très largement signalé (92%), suivi par l'évitement des contacts sanguins (45%).

Tableau - 4-26 Facteurs sociodémographiques, professionnels et cognitifs associés au changement de comportements dans l'ensemble des cibles professionnelles.

Caractéristiques	% de répondants qui déclarent un changement de comportement	p de chi2	Cibles pour lesquelles l'association statistique est significative au seuil de 5% d'erreur
Age à l'enquête			
moins de 29 ans	77,4	p < 0,001	Policiers Camionneurs
30-34 ans	79,6		
35-39 ans	79,1		
40-49 ans	80,6		
50 ans et plus	68,7		
Niveau d'instruction			
Non scolarisé	73,8	p < 0,001	Policiers Camionneurs Pêcheurs
primaire	74,6		
Secondaire 1 et plus	82,6		
Bonne connaissance du mode de transmission sexuelle du VIH (avec rejet de toutes les fausses croyances sur la transmission) = ICT-2			
Oui	84,8	p < 0,001	Pêcheurs
Non	73,2		
Bonne connaissance de tous les modes de transmission du VIH (avec rejet de toutes les fausses croyances sur la transmission) = ICT-3			
Oui	87,9	p < 0,001	Policiers
Non	75,5		
Accepte l'idée fausse que le VIH peut se transmettre par un moustique ou par le sort jeté par un sorcier			
Oui	74,9	p < 0,001	Pêcheurs
Non	80,2		
Statut matrimonial			
Célibataire	78,4	p < 0,001	Policiers Camionneurs
Marié monogame	73,1		
Marié polygame	70,1		
Divorcé(e)/veuf (ve)	91,5		

<i>Se perçoit à risque d'être infecté par le VIH</i>			
Oui	90,7	p < 0,001	Toutes les cibles professionnelles
Non	69,0		

Lorsque nous examinons la nature de ces changements pour les cibles masculines (figure 4-23), nous notons que l'usage systématique du préservatif lors de rapports à risque est mentionné 1,3 fois plus par les policiers que chez les militaires ($p < 0,001$) et que les pêcheurs sont deux fois moins nombreux à indiquer ce changement que les policiers (22% contre 48% ; $p < 0,001$). De la même façon, les pêcheurs sont 1,5 fois moins nombreux que les policiers à déclarer changer pour la fidélité.

Enfin, nous remarquons avec la figure 4-22 que les policiers sont les personnes qui ont déclaré le plus chercher à éviter les contacts sanguins (69%) et que les camionneurs sont, de loin, ceux qui ont le plus mentionné l'abstinence comme une réponse adoptée au risque du VIH/SIDA (30%).

Figure 4-23 Types du changement de comportements déclaré selon le groupe professionnel.

Erreur ! Liaison incorrecte.

L'enquête BSS-3 permet une comparaison entre les deux périodes d'enquête (2002 et 2006) pour les militaires, les camionneurs et les pêcheurs. Comme l'illustre la figure 4-24, le changement pour un usage systématique du préservatif a progressé dans les trois groupes professionnels. Cette croissance est particulièrement forte chez les camionneurs, puisque ce changement est signalé plus de 2 fois plus souvent en 2006 qu'en 2002. Inversement, il reste assez faible parmi les pêcheurs, avec une hausse de seulement 6 points (22% contre 16%).

Figure 4-24 : Évolution du type de changement de comportements déclaré, selon les groupes professionnels et la période d'enquête (BSS-3, 2001/02 et ENSC, 2006).

Erreur ! Liaison incorrecte.

Comme pour le préservatif, la fidélité est un comportement qui augmente surtout chez les militaires et les camionneurs. La progression est néanmoins presque deux fois plus importante parmi les camionneurs (+41%) que chez les pêcheurs (+23%). En revanche, les pêcheurs ne sont pas plus nombreux en 2006 à mentionner avoir changé pour la fidélité qu'en 2002 (figure 4-24).

Lorsque l'on analyse les caractéristiques sociodémographiques qui peuvent expliquer un changement pour la fidélité ou pour l'usage systématique du préservatif, nous constatons globalement que les répondants déclarent le comportement le mieux accepté par rapport à leur position sociale.

Ainsi selon le tableau 4-27 qui considère l'ensemble des cibles masculines, l'usage systématique du préservatif en situation de risque sexuel est davantage déclaré par les jeunes (moins de 30 ans) et par les hommes vivant hors union (célibataires, divorcés et veufs). A l'inverse, la fidélité est d'autant plus citée comme un changement de comportement que les répondants sont âgés et qu'ils sont en union (monogame ou polygame).

Ainsi que nous l'avons vu avec le tableau 4-26, la connaissance du VIH/SIDA incite globalement au changement des pratiques sexuelles, mais elle ne favorise pas pour autant un type de changement plutôt qu'un autre (tableau 4-27). En revanche, on note que les hommes les plus instruits déclarent plus souvent avoir changé pour l'utilisation du préservatif.

Tableau - 4-27 Facteurs sociodémographiques, professionnels et cognitifs associés à un changement pour la fidélité et pour l'usage du préservatif dans l'ensemble des cibles professionnelles masculines.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Changement pour la fidélité</i>	<i>Changement pour le préservatif</i>
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

	%	p de chi2	%	p de chi2
Age à l'enquête				
moins de 29 ans	33,4	p < 0,001	43,0	p < 0,001
30-34 ans	56,6		33,6	
35-39 ans	60,2		33,5	
40-49 ans	60,2		29,9	
50 ans et plus	70,4		27,4	
Niveau d'instruction				
Non scolarisé	50,1	p < 0,001	24,8	p < 0,001
primaire	42,5		35,9	
Secondaire 1 et plus	53,7		40,9	
Bonne connaissance du mode de transmission sexuelle du VIH (avec rejet de toutes les fausses croyances sur la transmission) = ICT-2				
Oui	52,5	p = 0,041	39,1	p = 0,021
Non	48,0		34,1	
Bonne connaissance de tous les modes de transmission du VIH (avec rejet de toutes les fausses croyances sur la transmission) = ICT-3				
Oui	54,2	p = 0,090	35,9	p = 0,978
Non	49,0		36,0	
Accepte l'idée fausse que le VIH peut se transmettre par un moustique ou par le sort jeté par un sorcier				
Oui	49,1	p = 0,575	34,0	p = 0,046
Non	50,3		38,1	
Statut matrimonial				
Célibataire	28,1	p < 0,001	45,4	p < 0,001
Marié monogame	63,2		31,5	
Marié polygame	70,5		21,9	
Divorcé(e)/veuf(ve)	25,6		43,6	
Se perçoit à risque d'être infecté par le VIH				
Oui	26,2	p < 0,001	60,0	p < 0,001
Non	50,2		37,5	

Finalement, nous notons avec le tableau 4-27, que les hommes qui se ressentent à risque d'attraper le VIH (que ce risque soit faible ou élevé) déclarent davantage avoir changé pour l'usage du préservatif (60%) que pour la fidélité (26%).

En ce qui concerne les travailleuses du sexe, aucune caractéristique sociodémographique, de perception ou cognitive n'est statistiquement associée à un changement de comportement pour l'utilisation systématique du préservatif. Tout au plus, nous notons que les travailleuses du sexe enregistrées sont 20% plus nombreuses que les TS non enregistrées à déclarer ce changement (93,6% contre 78,8% ; p<0,001).

4.4.2 Attitudes et pratique du test de dépistage au cours des douze derniers mois

Comparativement à la situation en 2002, le test de dépistage du VIH ne semble pas avoir vraiment progressé parmi les cibles masculines. Même chez les militaires, où la hausse est la plus importante, celle-ci ne dépasse pas les 22% (voir figure 4-25). Chez les camionneurs et les pêcheurs, la situation semble être restée stable au cours de la période 2002/06.

Figure 4-25 : Évolution du test de dépistage du VIH, selon les groupes professionnels et la période d'enquête (BSS-3, 2001/02 et ENSC, 2006).

Erreur ! Liaison incorrecte.

Le test de dépistage du VIH s'est davantage répandu parmi les travailleuses du sexe, puisque entre les deux enquêtes la proportion de TS, qui se sont faites dépister au cours des douze mois

précédant l'enquête, est passée de 61 à 81%. Cette situation s'explique bien évidemment par le statut professionnel des TS. En effet, la majorité des TS ayant effectué le test de dépistage sont suivies dans un centre IST (94,6%) ou sont enregistrées au fichier social et sanitaire (93,5%). Cependant, il faut rappeler aussi que, lors de l'enquête BSS-3 de 2001, les TS non enregistrées étaient près de 4 fois plus nombreuses que dans l'échantillon de l'ENSC-2006 (57% contre 15%). Cette différence dans la structure des échantillons pourrait expliquer également l'écart observé au niveau du dépistage du VIH.

Le dépistage du VIH constitue probablement une étape importante dans le changement de comportement. Ainsi, la réalisation d'un test est liée au changement de comportement, que le résultat soit ou non connu. Ainsi, les répondants de cibles masculines sont 15% plus nombreuses à déclarer avoir changé de comportements lorsqu'elles disent avoir fait le test du VIH, que parmi ceux qui n'ont pas effectué le test (84% contre 73%, $p < 0,001$). Une fois les cibles masculines considérées isolément, cette liaison n'est significative que chez les policiers. Cette relation statistique entre le test de dépistage et le changement de comportements est également trouvée significative parmi les travailleuses du sexe, même si l'écart est plutôt faible (94% contre 87%, $p = 0,014$).

D'après les résultats de l'enquête, les circonstances du dépistage VIH sont multiples. Le dépistage peut correspondre à une démarche volontaire ; il peut avoir été réalisé lors de campagnes de dépistage de masse (stratégie avancée), ou encore à l'occasion d'une visite médicale, d'un don de sang. Il peut enfin être sollicité dans un cadre professionnel.

Si nous considérons la figure 4-26, les militaires et les TS – les cibles qui ont été le plus souvent dépistées – ont pratiqué le test de façon volontaire, pour une grande partie d'entre eux (51% de l'ensemble des TS et 14% de tous les militaires). En revanche, la pratique du test volontaire demeure anecdotique pour les autres groupes professionnels, puisqu'elle ne dépasse jamais les 5% des enquêtés.

Figure 4-26 Circonstances dans lesquelles a été réalisé le test de dépistage du VIH, selon les groupes professionnels.

Erreur ! Liaison incorrecte.

Le test VIH est favorisé en second lieu par la consultation dans une structure médicale. La connaissance de son statut sérologique par ce canal est bien sûr particulièrement fréquente chez les TS, surtout quand elles sont enregistrées au fichier social et sanitaire et qu'elles sont suivies par un centre IST. De même, les campagnes de dépistage sont pour les militaires une occasion importante pour connaître leur statut sérologique à VIH ; l'Armée proposant le test au départ et au retour de mission à l'étranger des contingents. Enfin, nous notons qu'une partie importante des policiers ont été dépistés au moment d'un don de sang (catégorie « autres » sur la figure 4-26).

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques, de perception et cognitives ne nous a permis de dégager aucun facteur associé de façon significative à la probabilité de réaliser un test volontaire de dépistage du VIH, aussi bien sur l'ensemble des cibles masculines que sur les cinq cibles considérées séparément. Parmi les TS qui ont été dépistées, seul le fait d'être enregistrée favorise une démarche volontaire (65% contre 38% ; $p = 0,002$).

Enfin, le résultat du test est connu par 61% des hommes testés et par 86% des TS. Parmi les hommes, seuls les militaires se situent en deçà de la moyenne masculine, avec un résultat connu pour 51% d'entre eux. Cette proportion ne varie pas selon les circonstances du dépistage. Les policiers (86%) et les camionneurs (77%) qui ont passé le test sont plus des trois-quarts à connaître leur statut sérologique, contre 64% chez les pêcheurs.

4.5 Stigmates et discriminations

Il est désormais entendu que le classement des risques longtemps contenus dans les discours de santé publique dessinait des frontières socialement discriminantes entre les populations à risque et les autres. Ces groupes étaient parfois disparates, importants et hétérogènes, à l'instar des jeunes, des travailleuses du sexe ou des personnes mobiles. L'enquête menée en 2006 révèle la persistance d'un jugement social souvent discriminatoire (ou accusateur) à l'encontre de certains groupes.

Ces attitudes de rejet à l'égard de ceux qui portent le risque qu'on leur assigne comme un stigmate ou à l'encontre des séropositifs sont bien évidemment des freins importants à la lutte contre le VIH/SIDA et à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

4.5.1 Les groupes désignés à risque

Nous retrouvons ces perceptions discriminantes au sein des populations interrogées (figure 4-27). Sur l'ensemble des groupes enquêtés, les groupes « à risque » cités spontanément sont principalement les travailleuses du sexe et les personnes infidèles ; viennent ensuite, et de façon beaucoup moindre, les groupes des hommes en uniforme, des routiers et des émigrés ; les groupes les moins cités étant les pêcheurs et les jeunes. Il est à signaler en outre que la catégorie « Autres personnes » mentionne de façon assez récurrente les personnes qui ne se protègent pas lors de rapports sexuels ou qui ignorent leur « maladie ». De même, les policiers mentionnent souvent dans cette catégorie les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les personnels de santé.

Figure 4-27 Proportion des répondants citant spontanément des groupes sociaux comme étant « à risque » selon la cible professionnelle.

Erreur ! Liaison incorrecte.

La comparaison des réponses chez les différentes cibles signale tout d'abord des attitudes discriminantes moins importantes parmi les travailleuses du sexe et les militaires. Cette situation pourrait s'expliquer par le travail de sensibilisation directe qui a été mis en œuvre auprès de ses populations. En revanche, et par ordre croissant, nous observons que les pêcheurs, les camionneurs et surtout les policiers tendent à indexer plusieurs groupes sociaux, à commencer toujours par les TS et les personnes infidèles.

Il est à noter qu'hormis les pêcheurs, tous les autres groupes professionnels ont tendance à indiquer aussi le groupe auquel ils appartiennent.

4.5.2 Attitudes à l'égard des personnes infectées

Au Sénégal, comme ailleurs, les séropositifs souffrent à la fois du blâme d'une vie supposée dissolue, – accusation qui peut s'exprimer au sein des situations sociales les plus ordinaires –, et du stigmatisme du corps contaminant.

La discrimination vis-à-vis des personnes infectées a été appréhendée au travers de trois propositions 1) Un collègue qui a le virus du SIDA, tout en étant apparemment en bonne santé, doit arrêter de travailler ; 2) Les personnes qui ont le SIDA devraient être obligées de vivre à l'écart ; 3) quand un proche a le SIDA il faut tout faire pour garder le secret, ainsi que d'une question : Si un membre de votre famille contractait le SIDA, accepteriez-vous de le prendre en charge dans votre maison ? A partir de ces opinions, nous avons construit un indicateur synthétique de discrimination pour les cibles masculines. Pour les TS, la proposition 1 n'exprimant pas nécessairement une attitude d'intolérance, nous n'avons pas tenu compte de cette réponse pour élaborer l'indice de discrimination parmi les travailleuses du sexe. A ce titre, signalons que les TS sont 74% à penser qu'une collègue infectée par le VIH doit arrêter de travailler.

Sur l'ensemble des cibles masculines, 44% des répondants indiquent une attitude discriminatoire vis-à-vis de personnes infectées. Lorsque nous considérons chacune des cibles professionnelles, nous constatons (figure 4-28) que les militaires et les travailleuses du sexe sont les répondants qui expriment le plus fréquemment une position tolérante, puisqu'ils ne sont qu'un tiers à déclarer une attitude de rejet à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Les policiers (56%), les pêcheurs (67%) et les camionneurs (68%) sont tous plus de la moitié à déclarer une position de rejet.

Figure 4-28 Attitude de rejet des personnes vivant avec le VIH, selon le groupe professionnel (indicateur combiné).

Erreur ! Liaison incorrecte.

Sur l'ensemble des groupes professionnels masculins, l'attitude de rejet des PVVIH est d'autant plus fréquente que les répondants sont jeunes, non scolarisés ou peu instruits et qu'ils ne connaissent pas bien les modes de transmission sexuelle du VIH/SIDA¹⁹ (tableau 4-28). Le fait de se ressentir à risque d'infection au VIH réduit un peu la probabilité d'avoir une attitude d'intolérance,

¹⁹ La relation statistique est la même, aussi bien parmi les cibles masculines que chez les TS, lorsque l'on considère l'indicateur de connaissance correcte du VIH/SIDA (ICT3).

surtout parmi les militaires. Les effets de l'âge et de la perception du risque ressortent de façon significative surtout chez les militaires, tandis que l'influence du niveau de scolarisation sur une attitude discriminatoire apparaît surtout parmi les militaires, les camionneurs et les pêcheurs. Enfin, une bonne connaissance du VIH/SIDA est un facteur favorable à une attitude positive à l'égard des personnes infectées chez tous les groupes cibles masculins.

Tableau - 4-28 Facteurs sociodémographiques, professionnels et cognitifs associés à une attitude de rejet des personnes vivant avec le VIH parmi les groupes professionnels masculins et chez les travailleuses du sexe.

Caractéristiques	Cibles masculines		Travailleuses du sexe	
	%	p de chi2	%	p de chi2
Age à l'enquête				
moins de 29 ans	61,7	p < 0,001	42,9	p = 0,004
30-34 ans	49,5		30,1	
35-39 ans	51,7		29,7	
40-49 ans	52,0		24,2	
50 ans et plus	54,9		24,5	
Niveau d'instruction				
Non scolarisé	69,1	p < 0,001	31,4	p = 0,949
Primaire	61,7		30,2	
Secondaire 1 et plus	44,9		30,3	
Bonne connaissance du mode de transmission sexuelle du VIH (avec rejet de toutes les fausses croyances sur la transmission) = ICT-2				
Oui	63,8	p < 0,001	39,1	p < 0,001
Non	41,5		20,9	
Se perçoit à risque d'être infecté par le VIH				
Oui	51,4	p = 0,001	29,8	p = 0,342
Non	58,2		33,7	

Au regard des travailleuses du sexe, les seules caractéristiques associées à une attitude de rejet des personnes infectées, sont l'âge et une bonne connaissance des modes de transmission du VIH/SIDA (tableau 4-27). Le statut professionnel, c'est-à-dire le fait d'être ou non enregistré sur le fichier social et sanitaire, n'est pas lié à l'attitude des TS vis-à-vis des PVVIH.

5 - CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Dans la poursuite des deux premières enquêtes nationales *Connaissances, Attitudes, Pratiques et Croyances* menées sur différents groupes socio-professionnels en 1998 et en 2001/02, l'Enquête Nationale de Suivi Combiné, réalisée en 2006, a tenté de caractériser les facteurs de vulnérabilité de cinq populations cibles : les militaires, les policiers, les camionneurs, les pêcheurs et les travailleuses du sexe. Quatre de ces cibles ayant déjà fait l'objet d'une l'étude comportementale de 2001/02, la présente enquête a également cherché à mesurer les progrès réalisés, tant en matière de connaissances du VIH/SIDA, que de la prise de conscience des risques et des comportements sexuels. En outre, et de façon plus spécifique, cette enquête a évalué la capacité des groupes professionnels à être des « passerelles » dans la dissémination du virus. Mais, l'originalité fondamentale de cette opération de collecte est d'avoir combinée les informations comportementales et biologiques. Ainsi, il a été possible de vérifier si les groupes masculins étudiés sont plus atteints par l'infection à VIH que le reste de la population du Sénégal. De même, l'association des deux informations a permis de mieux identifier les situations de vulnérabilité favorable à l'infection à VIH.

Sur l'ensemble de ces points, l'ENSC 2006 a apporté des éléments de réponses, tous susceptibles d'orienter les stratégies de lutte à venir.

En terme d'infection au VIH, l'enquête a montré que les camionneurs et les pêcheurs étaient les deux populations masculines les plus vulnérables. De façon significative, le risque de séropositivité était, parmi ces groupes, 3,3 fois (pour les camionneurs) et 2,5 fois (pour les pêcheurs) plus élevé que chez l'ensemble des Sénégalais. C'est aussi parmi les camionneurs et les pêcheurs (deux groupes composés en majorité de personnes peu ou pas instruites et appartenant à des professions moins encadrées que la Police et l'Armée) qu'ont été trouvés les niveaux de connaissances du VIH/SIDA les plus bas.

Plusieurs facteurs de vulnérabilité ont été mis en évidence parmi les populations masculines. La première est sans doute l'appropriation insuffisante des connaissances sur le VIH/SIDA. Les messages diffusés par les canaux médiatiques de masse, notamment, ont permis l'acquisition des connaissances fondamentales sur la transmission du VIH et sur les modes de protection. Cependant, ces informations n'ont pas permis le recul de certaines fausses croyances, comme la transmission du VIH par le moustique. Cette persistance des fausses idées est essentielle, dans la mesure où nous avons pu constater qu'elle était associée à une majoration du risque d'infection à VIH.

A l'instar d'une littérature désormais abondante, nous avons pu montrer qu'une infection herpétique (de type 2) était un important facteur de risque pour l'infection à VIH. Or, la prévalence de l'herpès de type 2 oscille entre 10 et 20% chez les cibles masculines et approche les 90% parmi les TS.

De même, les consommations d'alcool et de drogue constituent des pratiques qui, en altérant le jugement et le contrôle de soi, modifient les comportements de protection et favorisent l'infection à VIH. Cette relation a surtout été mise en évidence pour les travailleuses du sexe.

L'ignorance de son statut sérologique est à l'évidence défavorable à une bonne connaissance du VIH/SIDA, à une réelle prise de conscience des risques et à l'adoption de bonnes pratiques. L'exemple des travailleuses du sexe est à ce titre édifiant. Nous avons pu noter que les TS enregistrées, et presque toutes dépistées, bénéficiaient notamment au travers des visites régulières aux centres de suivi médical, d'informations personnalisées, et mieux assimilées, sur le VIH et les autres IST. De même, les travailleuses du sexe qui connaissent leur statut sérologique paraissent mieux éviter les risques, en se protégeant bien sûr lors de rapports payants, mais aussi en s'abstenant plus souvent d'avoir des rapports avec des partenaires non payants. Le dépistage est donc, par l'information qu'il fournit et par le conseil qui l'accompagne, un puissant moteur de changement des comportements.

Durant les quatre ou cinq ans qui séparent l'enquête BSS-3 de l'ENSC 2006, des progrès réels ont pu être enregistrés chez les quatre groupes suivis (seuls les policiers intégraient pour la première fois le système de surveillance). Ses progrès concernent principalement l'acquisition des connaissances médicales sur le VIH/SIDA et la prise de conscience des risques. De façon générale, ils ont été beaucoup plus importants parmi les groupes très encadrés que sont les militaires et les TS enregistrées. C'est aussi dans ces mêmes groupes que le dépistage est le plus important et qu'il a le

plus progressé. Les militaires et les TS se révèlent enfin les groupes les plus tolérants vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH. Reste que dans tous ces domaines et pour toutes les cibles, des progrès supplémentaires doivent être accomplis.

Pour autant, du côté des comportements sexuels, la situation paraît moins favorable. Les enquêtés des cibles masculines sont très nombreux à déclarer utiliser systématiquement le préservatif lors de rapport avec les partenaires commerciales, en 2006 comme en 2002. Mais avec les partenaires occasionnelles, cette pratique a reculé substantiellement chez tous les groupes suivis. Les pêcheurs signalent en outre une augmentation non négligeable de la fréquentation des travailleuses du sexe entre 2002 et 2006.

L'analyse combinée des comportements et du statut sérologique des enquêtés a permis, en dernier ressort, de mettre en évidence certaines situations à risque, pas assez bien identifiées dans les discours de santé publique.

La première est bien évidemment la mobilité professionnelle, plus importante chez les camionneurs, les pêcheurs et les militaires. Le déplacement des individus hors de leur zone de résidence habituelle favorise le changement de comportement sexuel, notamment par des rapports plus fréquents avec des partenaires occasionnelles et commerciales. C'est ce qui est ressorti de l'analyse des comportements sexuels des militaires en déplacement. En outre, nous avons pu noter que le risque d'infection était plus important lorsque les déplacements se faisaient à l'étranger. Cette relation a été la plus forte parmi les camionneurs.

La seconde situation à risque concerne le multipartenariat régulier chez les cibles masculines. L'existence de plusieurs partenaires sexuelles régulières est associée à un risque plus élevé de contracter le VIH. La régularité de la relation n'induit pas nécessairement la confiance et la fidélité de la partenaire féminine. En revanche, en s'inscrivant dans la durée cette relation produit une connivence et des habitudes qui facilitent le relâchement des comportements de protection. Moins de la moitié des enquêtés déclarent se protéger systématiquement avec une partenaire régulière autre que l'épouse.

Enfin, les TS non enregistrées ont dans l'ensemble une activité sexuelle commerciale plus irrégulière, un peu moins intense et qui repose davantage sur une clientèle de familiers. Or, ce sont précisément avec les anciens clients que les travailleuses du sexe non enregistrées se montrent les moins prudentes. De la même façon, les TS sont encore peu nombreuses à recourir systématiquement au préservatif lors de rapports avec les partenaires non payants. Une fois de plus, l'habitude d'une relation altère la perception des risques et rend plus difficile l'usage du préservatif.

Tous ces constats suggéreront sans doute des aménagements stratégiques dans la lutte contre le SIDA. Nous voulons ici signaler cinq principales recommandations. Les résultats de cette enquête devraient conduire à :

1. Adapter les stratégies de sensibilisation en privilégiant la communication interpersonnelle (par rapport à une communication de masse). Cette sensibilisation des groupes ciblés devrait s'attacher à :
 - a. Réduire les fausses croyances ;
 - b. Sensibiliser davantage sur les risques associés à la mobilité, au multipartenariat régulier et au partenariat non payant, pour les TS ;
 - c. Mieux intégrer les informations sur les autres IST.
2. Renforcer la promotion du dépistage ;
3. Continuer à suivre les groupes vulnérables et à risque afin d'évaluer les progrès réalisés ;
4. Identifier d'autres groupes à risque afin de rendre la riposte plus rapide et plus efficiente ;
5. Renforcer les acquis dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

6 - ANNEXES

Annexe - 6-1 Proportion (%) d'enquêtés connaissant les symptômes IST chez la femme, selon le nombre de symptômes cités spontanément et le groupe professionnel.

<i>Nombre de symptômes connus</i>	<i>Militaires</i>	<i>Policiers</i>	<i>Camionneurs</i>	<i>Pêcheurs</i>	<i>Travailleuses du sexe</i>
Effectifs	748	632	701	763	618
aucun symptôme	9,6	2,9	10,2	6,8	0,2
1 symptôme	23,9	28,6	44,1	48,5	7,8
2 symptômes	25,0	31,0	32,2	22,7	16,8
3 symptômes	23,0	21,7	11,0	13,6	26,7
4 symptômes	11,2	5,9	1,7	4,6	23,5
5 symptômes	5,6	5,4	0,9	3,0	13,7
6 symptômes	1,4	3,5	-	0,8	7,3
7 symptômes	0,3	0,8	-	-	1,2
8 symptômes	-	0,2	-	-	2,9

Annexe - 6-2 Proportion (%) d'enquêtés connaissant les symptômes IST chez l'homme, selon le nombre de symptômes cités spontanément et le groupe professionnel.

<i>Nombre de symptômes connus</i>	<i>Militaires</i>	<i>Policiers</i>	<i>Camionneurs</i>	<i>Pêcheurs</i>	<i>Travailleuses du sexe</i>
Effectifs	748	632	701	763	618
aucun symptôme	4,06	1,05	2,6	4,08	1,43
1 symptôme	18,02	12,08	29,08	35,2	7,58
2 symptômes	32,33	29,07	37,12	34,44	29,3
3 symptômes	31,63	29,95	19,39	17,6	29,92
4 symptômes	12,37	14,19	9,93	7,14	15,57
5 symptômes	1,24	8,93	1,42	1,28	10,04
6 symptômes	0,35	4,73	0,47	0,26	6,15

Annexe - 6-3 Répartition des répondants selon le type de partenaire déclaré au cours des douze derniers mois et leur nombre, par catégorie professionnelle (cibles masculines).

<i>Caractéristiques</i>	<i>Militaires</i>		<i>Policiers</i>	<i>Camionneurs</i>		<i>Pêcheurs</i>	
	<i>BSS-3</i>	<i>ENSC-2006</i>	<i>ENSC-2006</i>	<i>BSS-3</i>	<i>ENSC-2006</i>	<i>BSS-3</i>	<i>ENSC-2006</i>
Effectifs	1114	748	632	1046	701	690	763
Partenaires régulières							
0	11,9%	9,3%	3,2%	17,5%	16,6%	20,9%	11,8%
1	58,8%	61,3%	45,3%	53,7%	50,2%	53,2%	58,0%
2	18,0%	21,1%	29,4%	20,9%	22,5%	19,9%	19,5%
3	11,2%	5,3%	14,0%	7,8%	8,8%	6,1%	6,7%
4 et +	-	2,9%	8,0%	-	1,9%	-	4,1%
Moyenne sur l'ensemble des répondants	1,29	1,37	1,87	1,19	1,30	1,11	1,39
Moyenne sur les répondants ayant au moins une partenaire	-	1,20	1,94	-	1,56	-	1,58
Partenaires occasionnelles							
0	86,2%	77,7%	80,1%	84,0%	80,8%	87,0%	77,1%
1	7,5%	12,3%	8,2%	9,1%	12,2%	7,1%	11,2%
2	3,1%	6,8%	4,5%	3,5%	4,2%	2,6%	5,3%
3	3,3%	1,0%	2,2%	3,3%	0,8%	3,3%	2,4%
4 et +	-	2,2%	5,0%	-	2,0%	-	4,0%
Moyenne sur l'ensemble des répondants	0,24	0,41	0,59	0,26	0,37	0,22	0,53
Moyenne sur les répondants ayant au moins une partenaire	-	1,01	2,98	-	2,14	-	2,32
Partenaires sexuelles commerciales							
0	96,4%	93,6%	97,6%	92,3%	92,9%	95,4%	89,0%
1	2,2%	4,2%	0,5%	4,2%	3,7%	2,5%	4,5%
2	0,9%	1,0%	0,6%	1,8%	1,4%	0,9%	2,3%
3	0,4%	0,8%	0,8%	1,7%	0,6%	1,3%	1,1%
4 et +	-	0,4%	0,5%	-	1,4%	-	2,1%
Moyenne sur l'ensemble des répondants	0,05	0,1	0,07	0,13	0,15	0,08	0,25
Moyenne sur les répondants ayant au moins une partenaire	-	1,48	3,00	-	1,68	-	2,46
Ensemble des partenaires							
0	8,9%	6,3%	2,1%	14,1%	10,9%	17,0%	8,0%
1	51,5%	48,4%	39,2%	44,9%	44,5%	49,3%	47,2%
2	20,7%	23,7%	26,2%	23,0%	23,4%	18,7%	19,9%
3	18,9%	11,3%	14,3%	18,0%	13,0%	15,1%	10,5%
4 et +	-	10,1%	18,2%	-	8,2%	-	14,5%
Moyenne sur l'ensemble des répondants	1,50	1,89	2,54	1,45	1,81	1,32	2,17
Moyenne sur les répondants ayant au moins une partenaire	-	2,01	2,59	-	2,04	-	2,37