

BURKINA FASO
UNITE – PROGRES – JUSTICE
Présidence



**CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

SECRETARIAT PERMANENT

**CARTOGRAPHIE PROGRAMMATIQUE,
ESTIMATION DE LA TAILLE ET ENQUETE BIO-
COMPORTEMENTALE PARMIS LES
POPULATIONS CLES (PS, HSH, UD) AU
BURKINA FASO
Rapport Final**

Décembre 2017



Table des matières

1	Aperçu de la situation du VIH au Burkina Faso	11
2	Justification de l'enquête.....	13
3	Objectifs de l'enquête et résultats attendus	16
3.1	Objectif général.....	16
3.2	Objectifs spécifiques.....	16
4	Méthodologie.....	17
4.1	Cadre d'étude	17
4.2	Type d'étude.....	17
4.3	Populations d'étude	17
4.4	Définitions opérationnelles des populations étudiées.....	17
4.5	Critères d'inclusion et de non inclusion.....	19
4.6	Calcul des tailles d'échantillon pour l'enquête bio-comportementale.....	20
4.7	Collecte des données : Techniques et procédures d'échantillonnage	21
4.7.1	Méthode de cartographie et d'estimation des tailles de chaque population clé	21
4.7.2	Enquête bio-comportementale.....	33
4.8	Variables étudiées.....	34
4.9	Collecte des données : techniques et instruments dans chaque population.....	35
4.10	Procédures de prélèvements et de laboratoires pour la biologie.....	35
4.11	Gestion des données et Analyse des données.....	38
5	Aspects éthiques.....	38
6	Résultats	40
6.1	Professionnelles de sexe (PS).....	40
6.1.1	Caractéristiques	40
6.1.2	Séroprévalence du VIH et facteurs associés	49
6.1.3	Comportements sexuels, utilisation du préservatif et leurs déterminants.....	54
6.1.4	Connaissances des modes de transmission et les moyens de prévenir le VIH.....	60
6.1.5	Dépistage VIH et démarche de soins.....	63
6.1.6	Attitudes, pratiques et comportements discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH.....	65
6.1.7	Exposition aux interventions de prévention et de prise en charge	68
6.1.8	IST	70
6.1.9	Taille des populations de PS.....	72
6.1.10	Cartographie programmatique chez les PS.....	75
6.2	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	77
6.2.1	Caractéristiques	77
6.2.2	Séroprévalence du VIH et facteurs associés	84
6.2.3	Comportements sexuels, utilisation du préservatif et leurs déterminants.....	88
6.2.4	Connaissances des modes de transmission et les moyens de prévenir le VIH.....	90
6.2.5	Dépistage VIH et à la démarche de soins	91
6.2.6	Attitudes, les pratiques et les comportements discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH.....	91
6.2.7	Exposition aux interventions de prévention et de prise en charge	92
6.2.8	IST	92
6.2.9	Taille des populations de HSH.....	93
6.2.10	Cartographie programmatique des populations clés (localisation géographique séroprévalence-taille et interventions).....	94
6.3	Usagers de drogues (UD).....	95
6.3.1	Caractéristiques	95
6.3.2	Séroprévalence du VIH et facteurs associés	101
6.3.3	Comportements sexuels et leurs déterminants	103
6.3.4	Connaissances des modes de transmission et les moyens de prévenir le VIH.....	104

6.3.5	Dépistage VIH et à la démarche de soins	105
6.3.6	Attitudes, les pratiques et les comportements discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH.....	105
6.3.7	Exposition aux interventions de prévention et de prise en charge	106
6.3.8	IST	106
6.3.9	Taille des populations des UD.....	107
6.3.10	Cartographie programmatique des populations clés (localisation géographique séroprévalence-taille et interventions).....	110
Tableau récapitulatif des indicateurs de chaque population, BSS 2017		111
7	Commentaires.....	137
7.1	Professionnelles de sexe (PS).....	137
7.1.1	Caractéristiques	137
7.1.2	Séroprévalence du VIH et facteurs associés	139
7.1.3	Comportements sexuels, utilisation du préservatif et leurs déterminants.....	142
7.1.4	Connaissances des modes de transmission et les moyens de prévenir le VIH.....	144
7.1.5	Dépistage VIH et démarche de soins.....	145
7.1.6	Attitudes, pratiques et comportements discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH.....	146
7.1.7	Exposition aux interventions de prévention et de prise en charge	146
7.1.8	IST	146
7.2	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	147
7.2.1	Caractéristiques	147
7.2.2	Séroprévalence du VIH et facteurs associés	147
7.2.3	Comportements sexuels, utilisation du préservatif et leurs déterminants.....	148
7.2.4	Connaissances des modes de transmission et les moyens de prévenir le VIH.....	149
7.3	Usagers de drogues (UD).....	150
7.3.1	Caractéristiques	150
7.3.2	Séroprévalence du VIH et facteurs associés	150
7.3.3	Comportements sexuels et leurs déterminants	151
8	Contraintes et limites.....	152
8.1	Contraintes.....	152
8.2	Limites	153
9	Conclusions et suggestions.....	154

Avant-Propos

Face à la concentration de l'épidémie du VIH et en raison de la complexité d'action au sein des populations clés, le succès de la riposte nécessite une meilleure compréhension de l'épidémie.

Il est indispensable d'analyser les faits au sein de populations exposées à un risque accru de VIH. Afin non seulement de déceler les déterminants de la persistance du risque mais aussi les progrès réalisés. Il est indispensable d'estimer le nombre de ceux qui sont à haut risque et également d'évaluer les besoins en termes d'interventions efficaces.

Les résultats permettent de planifier et d'affiner la riposte.

C'est l'intérêt d'une telle étude.

Remerciements

La cartographie programmatique, l'estimation des tailles et l'enquête bio-comportementale chez populations clés (PS-HSH-UD) au Burkina Faso, édition 2017, est le fruit de l'action de l'ensemble des acteurs impliqués dans la riposte au VIH. A différents niveaux chaque institution a pleinement œuvré à la réussite de l'étude. Merci à tous pour cet esprit qui consolide nos acquis et ouvre des perspectives d'approfondissement de l'action auprès des populations clés.

L'enquête a été commanditée par le SP/CNLS et réalisée par le DAT ; à travers l'équipe des consultants, sous financement du Fonds Mondial de lutte contre le paludisme - la tuberculose et le VIH.

L'étude a été couronnée de succès grâce à la collaboration de l'équipe de chercheurs, du comité de suivi national, des associations identitaires, des associations de terrains, des superviseurs et enquêteurs. Merci à tous.

Merci également aux institutions internationales (OMS, ONUSIDA, UNICEF) qui, à travers leur représentant, ont contribué à orienter l'étude.

Nous souhaitons remercier toutes les parties prenantes qui ont contribué à la réalisation de ce projet :

Merci au Dr Bea Vuylsteke, de l'IMT d'Anvers et Dr Nicolas Nagot de l'Université de Montpellier qui ont consacré du temps de relecture du protocole et du rapport et qui ont accepté partager leur riche expérience.

Promoteurs de l'étude

L'étude a été réalisée sous la promotion du DAT

- Dr Jean-Baptiste *GUIARD-SCHMID*
- Dr Viviane LOMPO

Equipe de consultants

Poste	Nom et Prénoms	Spécialisation
Chef de mission	Pr Savadogo Léon G Blaise	Médecin-Epidémiologiste-Biostatisticien (PhD) Sociologue
Expert en cartographie	Dr Rouamba Jérmi	Géographe de santé et spécialiste SIG, PhD
Expert en démographie	Badolo Hermann	Démographe
Expert en sciences Sociale	Dr Bationo Fidèle	Sociologue-Spécialiste en Santé Publique (PhD)
Expert en biologie	Dr Issouf Konaté	Médecin dermatologue vénérologue, MD
	Dr Kania Dramane	Pharmacien biologiste virologie médicale (PhD),
	Dr Ba Absetou	Médecin - biologiste virologie médicale (PhD),
Expert en bio statistiques	Dr Somda Serge	Bio-Statisticien (PhD)
Expert en gestion des données	Ouédraogo Sayouba	Data manager
Assistants de recherche	Dr Elsie Compaoré Dr Karim Traoré Dr Medina Lougué	Médecins généralistes
Bacstopping	Dr Isidore Dr Berthe Abdramane	Médecin épidémiologiste, PhD Anthropologue de Santé Publique, PhD

Sigles et abréviations

AGR	: Activité Génératrice de Revenu
AIDS	: Acquired Immune deficiency Syndrom
ARV	: Anti Rétroviral
CNLS-IST	: Conseil National de lutte contre le SIDA et les IST
CSN-SIDA	: Cadre Stratégique National de lutte contre le SIDA
DBS	: Dried Blood Spot
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
HSH	: Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes
ICP	: Informateur Clé Primaire
ICS	: Informateur Clé Secondaire
INSD	: Institut National de Statistique et de Démographie
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
NA	: Non Applicable
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONU-SIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH / SIDA
OOAS	: Organisation Ouest-Africaine de la Santé
PCR	: Polymerase Chain Reaction
PLACE	: Priorities for Local AIDS Control Efforts
PMA	: Paquet Minimum d'Activité
PS	: Professionnelle de sexe
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
UD	: Usager de drogue
UDI	: Usager de drogue Injectable
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau	: Taille de l'échantillon pour l'enquête bio comportementale par population clé
Tableau	: Répartition des PS enquêtées selon la région
Tableau	: Répartition des PS enquêtées selon leur nationalité
Tableau	: Répartition des PS enquêtées selon leur appartenance religieuse
Tableau	: Répartition des PS enquêtés selon les catégories d'âge
Tableau	: Répartition des PS enquêtées selon leur statut matrimonial déclaré
Tableau	: Répartition des PS enquêtées selon les auteurs des grossesses survenues au cours de leur activité
Tableau	: Principales méthodes contraceptives des PS au moment de l'enquête
Tableau	: Répartition des PS enquêtées selon le niveau d'étude atteint
Tableau	: Répartition des PS enquêtées selon la durée d'exercice comme PS
Tableau	: Principales activités (autre que PS) (n=1718)
Tableau	: Types de sites potentiels de rencontre avec les clients (n=4784)
Tableau	: Types de drogue consommée par les PS (n=182)
Tableau	: Principaux modes de consommation de la drogue rapportés par les PS (n=182)
Tableau	: Déterminants de la prévalence du VIH chez les PS enquêtées
Tableau	: Indicateurs de comportements sexuels (n=4784)
Tableau	: Indicateurs d'utilisation du préservatif (n=4784)
Tableau	: Utilisation du préservatif par les PS enquêtées en fonction de certaines variables
Tableau	: Utilisation du préservatif par les PS enquêtées en fonction de certaines variables
Tableau	: Indicateurs de la connaissance des moyens de transmission et de rejet des idées fausses
Tableau	: Déterminants du niveau de bonne connaissance des modes de transmission par voie sexuelles
Tableau	: du VIH et ont rejetés les principales idées fausses chez les PS
Tableau	: Déterminants des comportements relatifs au dépistage VIH
Tableau	: Pourcentage de PS ayant une attitude discriminante dans 04 situations
Tableau	: Déterminants de la discrimination au sein des PS enquêtées
Tableau	: Déterminants de la couverture des PS par les programmes de prévention du VIH
Tableau	: Déterminant des IST chez les PS enquêtées
Tableau	: Nombre de sites PS par province
Tableau	: Taille des PS par province
Tableau	: Services /interventions disponible au niveau des sites PS par province
Tableau	: Répartition des HSH enquêtés selon les régions
Tableau	: Répartition des HSH enquêtés selon les provinces
Tableau	: Répartition des HSH enquêtés selon les groupes d'âge
Tableau	: Répartition des HSH enquêtés selon leur orientation sexuelle
Tableau	: Répartition des HSH enquêtés selon la durée de leur pratique sexuelle en

tant que HSH

Tableau	: Répartition des HSH enquêtés selon leur statut matrimonial
Tableau	: Répartition des HSH enquêtés selon le niveau d'étude atteint
Tableau	: Répartition des HSH enquêtés selon leur nationalité
Tableau	: Sites de rencontre des HSH
Tableau	: Répartition des HSH enquêtés selon leur religion
Tableau	: Répartition des HSH enquêtés selon leurs milieux sociaux
Tableau	: Type de drogue consommé par les HSH enquêtés
Tableau	: Facteurs associés à la prévalence du VIH
Tableau	: Répartition des HSH enquêtés selon leur orientation sexuelle
Tableau	: Répartition des HSH enquêtés selon leurs comportements sexuels (n=592)
Tableau	: Utilisation du préservatif par les HSH enquêtés
Tableau	: Répartition des HSH selon leur niveau de connaissance sur le VIH
Tableau	: Pourcentage de HSH ayant une attitude discriminante dans 05 situations
Tableau	: Nombre de site HSH par province
Tableau	: Nombre de HSH par Province
Tableau	: Services/interventions disponible au niveau des sites HSH par province
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon les régions
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon les provinces
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon les catégories d'âge
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon leur orientation sexuelle
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon leur statut matrimonial
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon le niveau d'instruction atteint
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon leur nationalité
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon leur religion
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon la durée de consommation de la drogue
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon le type de drogue consommée
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon le mode de consommation de la drogue
Tableau	: Répartition des UD selon le mode d'acquisition de la drogue
Tableau	: Facteurs associés à la prévalence du VIH
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon leurs comportements sexuels
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon leurs comportements sexuels
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon leur niveau de connaissance
Tableau	: Répartition des UD enquêtés selon leur attitude discriminatoire
Tableau	: Nombre de sites UD par province
Tableau	: Taille des UD par province
Tableau	: Services /interventions disponible au niveau des sites UD par province

Liste des figures

- Figure 1 : Evolution temporelle de la prévalence du VIH
- Figure 2 : Evolution de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les PS
- Figure 3 : Evolution de la proportion de PS touchées par les programmes dans le temps
- Figure 4 : Evolution de la prévalence du VIH chez les HSH
- Figure 5 : Évolution temporelle de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport annuel chez les HSH
- Figure 6 : Évolution de la proportion de HSH touchés par les programmes

1 Aperçu de la situation du VIH au Burkina Faso

Le Burkina Faso est un des pays les plus pauvres au monde, avec près de 50 % de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté. Selon les projections de l'Institut National de Statistique et de Démographie (INSD), la population du Burkina Faso serait de 19 034 397 d'habitants en 2016 dont 52,1% sont âgés de 15 ans et plus (soit 9 916 921). Cette population réside essentiellement en milieu rural (77,3%).

Les femmes et les jeunes constituent les groupes cibles les plus importants qui devront bénéficier d'actions vigoureuses afin de réduire leur vulnérabilité face à l'infection par le VIH, de même que les groupes à haut risque d'acquisition et de transmission du VIH que sont les professionnels du sexe (PS), les utilisateurs de drogue injectable (UDI) et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH).

Selon l'ONUSIDA la prévalence de l'infection à VIH dans la population adulte du Burkina Faso est estimée à 0,80% en fin 2015, dans un intervalle de [0.7-1.0]. Selon la même source, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 95 000, dont 88 000 adultes et 77 000 enfants de moins de 15 ans. Parmi ces adultes, 53 000 sont des femmes. Par ailleurs les décès dus au Sida sont estimés à 3600 décès ; et les orphelins du fait du Sida à 71 000.

En 2014, les résultats de la surveillance sentinelle rapportent des prévalences globales du VIH de 1,3% [1,0 - 1,5] chez les 15 à 49 ans, 0,6% [0,4 - 1,0] chez les 15-24 ans. Le VIH-1 prédomine avec 98% des cas. Au niveau national, depuis 1998, la riposte au VIH/Sida est menée à travers une approche multisectorielle, décentralisée et participative impliquant tous les secteurs de développement.

Le Conseil national de lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST) est l'instance nationale de décision et d'orientation de la lutte contre le VIH, le SIDA et les IST au Burkina Faso. Pour affirmer la volonté politique, cet organe est rattaché à la Présidence du Faso et présidé par chef de l'Etat.

Dans le domaine de la prévention, trois types de services sont offerts aux populations : il s'agit de la sensibilisation, la distribution des préservatifs et l'offre de conseil et dépistage du VIH.

Au niveau de la prise en charge, le nombre de PVVIH inscrites dans la file active est passé de 76 342 en 2014 à 77 648 PVVIH dont 51 946 femmes en 2015. Quant aux PVVIH sous traitement, elles étaient au nombre de 52 304 en 2015.

2 Justification de l'enquête

Pour gagner la bataille contre le VIH, il s'avère indispensable de réaliser des analyses en profondeur de l'épidémie en termes de lieu, de populations exposées à un risque accru de VIH et de déterminants de la persistance du risque et aussi de l'acquisition et de la protection. L'analyse des raisons du fossé qui se creuse entre les personnes qui parviennent à avoir accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui concernant le VIH et les personnes qui sont laissées pour compte est un levier important d'accélération de la lutte. Ainsi, l'OMS et l'ONUSIDA préconisent aujourd'hui de renforcer les systèmes actuels de surveillance de manière à les rendre plus adaptés et plus efficaces.

Ces systèmes renforcés devraient permettre, suivant le niveau de l'épidémie du VIH dans un pays donné, de déterminer les facteurs qui expliquent les tendances de cette épidémie, en combinant la surveillance comportementale à la surveillance biologique.

En 2013, l'ONUSIDA a publié une « Analyse de la situation épidémiologique et de la réponse à l'épidémie ciblant les populations clés ; enjeux et perspectives dans le contexte des engagements internationaux pour un accès universel aux services de prévention et de prise en charge du VIH ». Cette analyse a rapporté qu'en Afrique de l'Ouest, « les populations clés hautement exposées au risque constituent l'épicentre de l'épidémie à VIH ». Ces populations seraient « à l'origine de la majorité des cas de nouvelles infections ». Les prévalences du VIH observées parmi ces populations clés sont de 2 à 50 fois plus élevées qu'en population générale adulte dans les pays de la région.

Pour l'ONUSIDA, les principales populations clés sont les personnes qui s'injectent des drogues, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les professionnels (les) du sexe et leurs clients, ainsi que les détenus. L'ONUSIDA rapporte des prévalences élevées du VIH au sein des populations clés en Afrique de l'Ouest :

- Une prévalence moyenne supérieure à 15%, variant de 5,6 à 39 %, chez les PS,
- Une prévalence du VIH chez les HSH variant de 6 à 37% (dans 14 pays),
- La prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables est peu connue. Les données de 5 pays de la région rapportent une prévalence comprise entre 3,5 et 9%.

Au Burkina Faso, l'étude comportementale et de séroprévalence du VIH (R2P) chez les populations clés (PS et HSH), réalisée en 2013-2014 dans les villes de Ouagadougou, Bobo-dioulasso, Ouahigouya, Koudougou et Tenkodogo a rapporté une prévalence du VIH estimée à 16,19% chez les PS et à 3,6% chez les HSH. L'étude bio-comportementale en milieu carcéral également réalisée en 2014 a rapporté une prévalence du VIH chez les détenus de 3% contre 2,7% en 2007.

Le Burkina Faso reste caractérisé d'une part par la fragilité de son programme de dépistage du VIH et d'autre part, par les difficultés liées au suivi biologique et à la rétention dans les soins des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) sous traitement antirétroviral. Il existe également une persistance des inégalités d'accès aux services de santé entre les milieux urbain et rural d'une et entre la population générale et les populations clés d'autre part.

Il existe au Burkina Faso, des Organisations, à Base Communautaire (OBC), qui travaillent pour l'amélioration de l'accès des populations clés (PS, HSH) aux services de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH. Cependant, le contexte local reste marqué par l'intolérance des HSH par la population, des rafles policières et des rackets des PS. Il n'existe aucune donnée validée sur les PS masculins et les transgenres. Il en est de même pour les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI) malgré l'augmentation du trafic de la drogue dans le Pays durant les 20 dernières années et la documentation des cas de consommations de drogues injectables. La stratégie nationale de lutte associe la drogue à la criminalité et au terrorisme. Elle est ainsi essentiellement basée sur la détection et la répression des cas. Cet environnement répressif fait que les usagers passent sous silence la consommation de drogues. Il rend également difficile la réalisation des études sur la prévalence de la consommation des différents types de drogues, l'identification des besoins des consommateurs de drogue. Pour les PS et les HSH, les informations utilisées dans la définition des programmes ne sont pas toujours récentes et ne portent généralement que sur les grandes villes.

Il existe également au Burkina Faso un Paquet Minimum d'activités (PMA) et des services de santé adaptés pour les interventions dans les populations clés. Ces derniers couvrent toutes les régions administratives du Burkina Faso. Cependant, à ce jour très peu d'études ont été menées pour évaluer la taille de ces populations clés, la couverture et la qualité des services qui leur sont destinés.

La taille des populations clés, leurs besoins et l'emplacement de leurs sites de rencontre ainsi que la qualité des services qui leurs sont offerts constituent des informations stratégiques indispensables pour le plaidoyer, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes ciblés de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH prévue dans le cadre stratégique nationale de lutte contre le Sida (CSN-SIDA 2016-2020).

La présente enquête d'estimation des tailles, de cartographie et bio comportementale chez les populations clés au Burkina Faso vise à analyser la situation épidémiologique des populations qui sont mal desservies et plus exposées au risque de VIH et à déterminer, à la fois en terme géographique et en terme de sous-type, où se concentre l'infection, de manière à concentrer les ressources et les interventions là où elles peuvent donner plus d'impact dans la réduction de la propagation du VIH dans une localité et dans le pays.

Les données de la présente cartographie programmatique couplées de l'estimation de la taille des populations et à l'enquête bio-comportementale, ont couvert l'ensemble des 13 régions sanitaires du Burkina Faso, et ont pris aussi en compte le milieu rural et les interactions entre populations clés. Tous les sous-groupes des PS et HSH ont été inclus dans cette étude.

Les enquêtes comportementales répétées permettent de mettre en évidence les tendances dans les changements de comportement qui amènent à la réduction de l'infection à VIH. Il s'agit notamment de la réduction du nombre de partenaires sexuels et de l'augmentation de l'utilisation du préservatif avec les partenaires non réguliers. Ces changements peuvent être liés aux effets d'un certain nombre d'interventions mises en place pour réduire les comportements à haut risque. Les résultats guident les interventions en donnant aux planificateurs des programmes une image plus claire de la taille, de la localisation et des comportements à risque dans les sous populations à haut risque. Ces données peuvent être utilisées pour avoir une idée sur la manière dont fonctionnent les effets combinés d'un ensemble d'interventions.

L'implication des acteurs locaux dans cette activité d'analyse des besoins, et la réalisation des activités les ciblant telle que cette cartographie programmatique, et de l'enquête bio-comportementale a permis également d'établir et de renforcer les relations professionnelles entre les populations clés, les prestataires de services et les planificateurs. Cela favorise une meilleure identification des actions conduisant à l'augmentation de la couverture des services adaptés.

3 Objectifs de l'enquête et résultats attendus

3.1 Objectif général

Evaluer les tendances des connaissances, des comportements et de la séroprévalence du VIH au sein des populations clés (PS, HSH, UD), couplé à la cartographie et à l'estimation des tailles de ces populations au Burkina Faso, afin de contribuer à l'amélioration de l'accès des populations clés aux services adaptés.

3.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer la séroprévalence du VIH et les facteurs associés au sein des populations clés ;
- Evaluer les comportements sexuels et leurs déterminants au sein des populations clés (PS, HSH et UD)
- Apprécier les changements de comportement sexuels au sein des populations clés (PS et HSH) entre 2016 et 2013 ;
- Déterminer le niveau de connaissance et l'évolution des connaissances des modes de transmission et les moyens de prévenir le VIH au sein des populations clés;
- Déterminer les comportements relatifs au dépistage VIH et à la démarche de soins en cas d'infection par le VIH
- Décrire les attitudes, les pratiques et les comportements discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés ;
- Evaluer l'exposition des populations clés (PS, HSH et UD) aux interventions de prévention et de prise en charge ;
- Estimer la taille des populations de PS, UD et HSH
- Réaliser une cartographie programmatique des populations clés (localisation géographique séroprévalence-taille et interventions)

4 Méthodologie

4.1 Cadre d'étude

L'enquête, de cartographie, d'estimation des taille et bio-comportementale, a couvert les 13 régions du Burkina Faso.

4.2 Type d'étude

Il s'est agi d'une enquête comportementale intégrant la biologie, couplée à l'estimation de la taille des populations et à la cartographie programmatique, sous la forme d'une étude d'observation transversale descriptive.

4.3 Populations d'étude

Dans le cadre de cette étude, les populations ciblées étaient :

- Les professionnelles de sexe femmes ;
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ;
- Les Usagers de drogue

4.4 Définitions opérationnelles des populations étudiées

Les populations clés ciblées répondaient aux définitions suivantes :

Professionnelle de sexe (femmes) (PS) :

- Ce sont « des adultes et des jeunes de sexe féminin, qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, soit régulièrement, soit occasionnellement... ».

On a distingué :

Selon le comportement caché

- les PS affichées: ce sont celles qui offrent leurs services
 - Dans des maisons closes (elles y habitent et y reçoivent leurs clients)
- Les PS clandestines ou non affichées, plus ou moins cachées : ce sont celles qui offrent leurs services
 - sur des trottoirs / rue

- aux abords des chambres de passe
- dans des maquis (en tant que serveuses ou non) (ce sont des racoleuses)
- dans des boites de nuit (ce sont des racoleuses)
- dans les salons de coiffures
- dans les salons de massages
- par appels des gérants d'hôtels

Selon la mobilité

- les PS fixes (pas ou peu mobiles)
- les PS semi mobile (dans le même maquis ou boite de nuit ou trottoir)
- les PS très mobile : dans la même ville, entre les villes d'un même pays, entre plusieurs pays

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) :

- Ce sont « des hommes qui entretiennent des rapports sexuels avec d'autres hommes.

On a distingué :

- selon leur degré d'affichage
 - les HSH en relation monogame stable
 - les HSH professionnel du sexe
- selon les lieux
 - les HSH en club privé
 - les HSH dans des maquis ou boites de nuits spécifiques
 - en milieu professionnel (forces de défense et de sécurité, clergé)
- selon leur orientation
 - les HSH homosexuels
 - les HSH transsexuels
 - les HSH bisexuels

Usagers de drogues (UD) :

- Il s'agit de toute personne ayant recours à la consommation de drogue
- régulièrement ou occasionnellement

On a distingué les UD :

- dans des maquis ou boîte de nuit
- en centre de désintoxication ou de traitement des toxicomanes
- en service psychiatrie
- dans la rue
- dans les services d'urgences médicales
- système judiciaire
- réseau police/ gendarmerie
- établissements scolaires et universitaires

4.5 Critères d'inclusion et de non inclusion

Selon la population ciblée, les critères d'inclusions suivants ont été appliqués :

Pour les PS :

- Fréquenter les sites sélectionnés, et reconnaître avoir des relations sexuelles en échange d'argent PS ;
- Être âgé d'au moins 10 ans (ce choix s'explique par le fait que de très jeunes filles exercent cette profession et donc exposées au risque élevé du VIH quel que soit les raisons de leur présence dans ce milieu professionnel) ;
- Consentir librement à participer à l'enquête.

Pour les HSH :

- Être un homme reconnaissant avoir des rapports sexuels avec un homme;
- Être âgé d'au moins 15 ans (ce choix s'explique par le fait que dès cet âge de jeunes gens ont cette orientation sexuelle et donc exposés au risque élevé du VIH quel que soit les raisons de leur présence dans ce milieu) ;
- Consentir librement à participer à l'enquête.

Pour les UD:

- Etre un homme ou femme reconnaissant utiliser de la drogue;
- Présentant des signes d'injection ou étant capable d'expliquer comment il s'injecte
- Etre âgé d'au moins 15ans ;
- Consentir librement à participer à l'enquête.

Chaque personne ne pouvait participer qu'une seule fois à l'étude et dans une seule population.

4.6 Calcul des tailles d'échantillon pour l'enquête bio-comportementale

Dans le souci d'obtenir des tailles d'échantillons dans le cadre d'une série d'enquête de suivi comme les enquêtes bio-comportementales, entrant dans l'évaluation des interventions contre le VIH, les estimations des tailles d'échantillon de l'enquête 2016 ont tenu compte des niveaux observés au cours de la l'enquête 2013.

Dans le cadre des séries d'enquêtes de suivi comme c'est le cas des SSG, la formule suivante a été utilisée pour estimer la taille de l'échantillon nécessaire dans chaque population étudiée.

La formule utilisée pour la détermination des nombres de PS, HSH et UD nécessaires à inclure dans l'étude est une formule de calcul de la taille des échantillons afin de démontrer une augmentation ou une réduction d'un niveau d'un indicateur de 15% entre 2013 et 2016. L'indicateur utilisé est « l'utilisation systématique du préservatif ». Le niveau de cet indicateur en 2013 ayant été fixé à 50%. On accepte une erreur α de 5% et une erreur β de 20%. L'application de la formule ci-dessous :

$$n = D^* \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_0(1-P_0) + P_1(1-P_1)})^2}{\Delta^2}$$

Avec :

- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$
- $Z_{1-\beta} = 0,84$
- $P_0 =$ Taux d'utilisation du préservatif en 2013
- $P_1 =$ Taux d'utilisation du préservatif en 2016

- $P = (P_0 + P_1) / 2$
- $\Delta = P_1 - P_0 = 15\%$
- $D = \text{effet design} = 2$

Tableau 1 : Taille de l'échantillon pour l'enquête bio comportementale par population clé

Populations clés	Taille d'échantillon	Non répondants 5%	Taille à enquêter	Taille Burkina Faso
Les professionnelles de sexe (PS)	4394	219	4613	4613 PS
Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	338	17	355 HSH	355 HSH
Usagers de drogues (UD)	338	17	355 UD	355 UDI

4.7 Collecte des données : Techniques et procédures d'échantillonnage

4.7.1 Méthode de cartographie et d'estimation des tailles de chaque population clé

L'estimation de la taille de chaque population clé a couvert les 13 régions du Burkina Faso. La procédure a été appliquée dans chaque région et pour chaque population clé concernée.

4.7.1.1 Recherche formative avant le début des enquêtes de terrain

Cette recherche formative visait à réparer la phase de collecte des données de terrain.

Elle a eu pour objectifs de :

- Compiler des informations majeures par région et ville sur les populations clés visées par l'étude afin de faciliter les approches terrain
- Déterminer les zones géographiques de concentration des populations clés en listant les types de sites de rencontre et les catégories de chaque population clé selon leur spécificité
- Déterminer, par population clé, les zones géographiques où les informations sont rares, inexistantes ou abondantes et détaillées

Sur le plan approche, il s'est agi d'une approche par recherche du consensus qui a servi à identifier les zones de concentration, les spécificités des populations et la typologie des sites par région et ville. Cette approche s'appuie sur l'hypothèse qu'un consensus obtenu d'un groupe de personnes connaissant bien la problématique des populations clés est suffisamment fiable pour que l'on puisse en utiliser avantageusement les résultats notamment pour organiser la sélection de zones à visiter.

Il s'est agi de réunir des personnes qui étaient soit des membres des populations clés, soit des intervenants en contact avec les populations clés.

Il leur a été demandé de trouver un consensus sur les informations sur les populations clés.

Plusieurs techniques ont été combinées pour nourrir cette recherche formative :

- une revue documentaire qui a compilé une base d'information à partir de plusieurs sources afin de nourrir la partie quantitative. Les données de cette revue ont été collectées par un enquêteur. La synthèse a été faite par l'équipe de recherche.
- une séance combinant la technique de « brainwriting », celle de « brainstorming » et la validation des données. Cette séance a été réalisée sous la forme d'un atelier de consensus.

Les participants à cette séance étaient :

- les membres, les réseaux et les organisations des populations-clés
- les acteurs assurant des prestations auprès de ces populations au niveau de ces populations clés
- les institutions organisant la lutte
- les chercheurs.

A partir des données existantes et des résultats de la recherche formative, il a été réalisé une cartographie macroscopique localisant les zones du pays par densité attendue de chaque population clé. Il s'est agi d'un outil technique, mais non une méthode d'estimation des tailles en soi. Cette cartographie macroscopique vise à donner une description géographique et les caractéristiques des zones où on devait se rendre pour les enquêtes de terrain.

Les informations à collecter étaient entre autres :

- Liste des types de sites potentiels de rencontre de chaque population clé
- Liste des sous-groupes possible de chaque population clé par type de site
- Périodes de la journée et de la nuit où les personnes cibles sont atteignables sur chaque type de site
- Réseaux existant dans chaque population clé
- Estimation macroscopique des tailles par population (revue de données existantes, données des institutions)
- Classification en macro par région des localités pourvoyeuses en population clés

Les sources de données potentielles étaient :

- Les rapports ou publications des structures ayant effectué des cartographies,
- Les données des régions (prévalence du VIH et des IST, présence de sites miniers, sites de rencontre des populations clés, etc.),
- Les données du Ministère de l'Economie, des Finances et du Développement (liste des postes frontaliers routiers),
- Les données du Ministère de la Culture et du tourisme (liste des hôtels, des auberges etc.),
- Les données du Ministère des Mines (liste des sites miniers),
- Les données et rapports des Programmes nationaux de lutte contre le VIH (Normes, rapports, plans etc.)
- Les données des structures intervenants dans les populations clés (Liste des services adaptés communautaires)
- Organisations Internationnelles (OOAS, ONUSIDA, OMS, Fonds Mondiaux etc.)

4.7.1.2 Cartographie et Estimation de la taille de chaque population par enquête terrain : Méthode PLACE modifié combinant dénombrement et recensement

Pour toutes les populations cibles et dans toutes les régions la méthode PLACE a été utilisée.

Pour favoriser des réponses au niveau local nous avons utilisé la méthode PLACE (The Priorities for Local AIDS Control Effortsmethod ou Priorités pour les Efforts de Contrôle Local du SIDA) qui répond au défi de l'identification et conception des programmes de prévention des épidémies locales.

La méthode PLACE aide les responsables des programmes, acteurs de terrain, les leaders communautaires, les autres partenaires, à comprendre l'épidémie locale du VIH, de sorte qu'une réponse soit conçue en vue du renforcement de la lutte. Cette méthode permet d'identifier où atteindre ceux et celles qui sont les plus susceptibles de contracter et transmettre l'infection, de mesurer les lacunes des services fournis à ces personnes, et d'élaborer des plans d'action pour corriger ces lacunes.

Principe

Pour chaque population (PS, HSH, UD), dans chaque région

- Définir une zone géographique précise (arrondissement, secteur, ville, village, localité)
- Rechercher l'information sur la population clé ciblée à trois niveaux différents avec trois types d'informateurs :
 - Niveau 1 : informateurs clés secondaires de zone
 - Niveau 2 : informateurs clés secondaires de site
 - Niveau 3 : informateur primaire de site
- Synthèse des estimations et des géolocalisations

Démarches pratiques

En pratique sur le terrain le binôme d'enquêteurs :

- Fait la reconnaissance des limites géographiques de la zone à enquêter
- Identifie les informateurs par niveau

Types de sites pour les PS

Endroit pour Manger/Boire/Dormir	Espaces publics	Evènements	Autre
<ul style="list-style-type: none"> • Maison close • Bar formel • Maquis • Buvette • Nightclub / Boite de nuit • Cabaret • Parking des camions • Chambre de passe • Auberge • Hôtel / Motel • Salon de Massage • Restaurant / Fast Food 	<ul style="list-style-type: none"> • Rue • Parc/Jardin • Site Immobilier • « Plage » (Loumbila beach, bagré...) • Ecole / Lycée/ Université • Centre commercial • Sites touristiques • Terrain vague / Réserve • Gare auto-Bus/ Train / Taxi • Marché • Salle de sport 	<ul style="list-style-type: none"> • Marché « jour de marché » • Funérailles • Mariage • Festival culturel • Evènements sportifs • Fêtes « religieux et autres » 	<ul style="list-style-type: none"> • Catalogue de Numéro de téléphone • Réseaux • Autre (préciser)

Types de sites pour les HSH

Endroit pour Manger/Boire/Dormir	Espaces publics	Evènements	Autre
<ul style="list-style-type: none"> • Bar formel • Grin/réseaux • Domicile • Maquis • Buvette • Nightclub / Boite de nuit 	<ul style="list-style-type: none"> • Rue • Parc/Jardin • Site Immobilier • « Plage » (Loumbila beach, 	<ul style="list-style-type: none"> • Marché « jour de marché » • Funérailles • Mariage • Festival culturel • Evènements 	<ul style="list-style-type: none"> • Catalogue de Numéro de téléphone • Autre (préciser)

<ul style="list-style-type: none"> • Cabaret • Parking des camions • Chambre de passe • Auberge • Hôtel / Motel • Salon de Massage • Restaurant / Fast Food 	<ul style="list-style-type: none"> bagré...) • Ecole / Lycée/ Université • Centre commercial • Sites touristiques • Terrain vague / Réserve • Gare auto-Bus/ Train / Taxi • Marché • Salle de sport 	<ul style="list-style-type: none"> sportifs • Fêtes « religieux et autres » 	
--	---	---	--

Types de sites pour les UD

Endroit pour Manger/Boire/Dormir	Espaces publics	Evènements	Autre
<ul style="list-style-type: none"> • Bar formel • Domicile • Grin/réseaux • Maquis • Buvette • kiosque • Nightclub / Boite de nuit • Cabaret • Parking des camions • Chambre de passe • Auberge • Hôtel / Motel • Salon de Massage • Restaurant / Fast Food 	<ul style="list-style-type: none"> • Rue • Parc/Jardin • Site Immobilier • « Plage » (Loumbila beach, bagré...) • Ecole / Lycée/ Université • Centre commercial • Sites touristiques • Terrain vague / Réserve/pont • Gare auto-Bus/ Train / Taxi • Marché 	<ul style="list-style-type: none"> • Marché « jour de marché » • Funérailles • Mariage • Festival culturel • Evènements sportifs • Fêtes « religieux et autres » 	<ul style="list-style-type: none"> • Catalogue de Numéro de téléphone • Autre (préciser)

	<ul style="list-style-type: none"> • Salle de sport 		
--	--	--	--

Choix des Informateurs clés

Il était extrêmement important de sélectionner judicieusement les informateurs clés : il s'agit d'une personne qui détient des informations pertinentes sur la population clé

Types d'informateurs clés Informateurs PS

Informateurs clés secondaires PS de zone

Ce sont par exemple :

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Taximan</i> • <i>vendeur(se) ambulant(e),</i> • <i>vendeur(se) fixe/boutiquier,</i> • <i>parqueur,</i> • <i>gardien/agent de sécurité,</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>manœuvre,</i> • <i>proxénète/propriétaire/gérant de chambres de passe,</i> • <i>personnel d'auberge-motel-hôtel,</i> • <i>prestataire de service,</i> • <i>agent force de l'ordre, autre (à préciser)</i>
---	--

Informateurs secondaires PS de site

<ul style="list-style-type: none"> • <i>parqueur,</i> • <i>gardien/agent de sécurité, manœuvre</i> • <i>gros bras</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>proxénète/propriétaire/gérant de chambres de passe/gérant de site/manager</i> • <i>personnel d'auberge-motel-hôtel</i> • <i>client</i>
--	---

Informateurs primaires de site

Un PS du site

Informateurs HSH

Informateurs clés secondaires HSH de zone

<ul style="list-style-type: none">• <i>Taximan</i>• <i>vendeur(se) ambulant(e),</i>• <i>vendeur(se) fixe/boutiquier,</i>• <i>parqueur,</i>• <i>gardien/agent de sécurité,</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>manœuvre,</i>• <i>proxénète/propriétaire/gérant de chambres de passe,</i>• <i>personnel d'auberge-motel-hôtel,</i>• <i>prestataire de service,</i>• <i>agent force de l'ordre, autre (à préciser)</i>
---	--

Informateurs clés secondaires HSH de site

<ul style="list-style-type: none">• <i>parqueur,</i>• <i>gardien/agent de sécurité, manœuvre</i>• <i>gros bras</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>proxénète/propriétaire/gérant de chambres de passe/gérant de site/manager</i>• <i>personnel d'auberge-motel-hôtel</i>• <i>client</i>
--	---

Informateurs clés primaires de site

Un HSH du site

Informateurs UD

Informateurs clés secondaires UD de zone

<ul style="list-style-type: none">• <i>Taximan</i>• <i>vendeur(se) ambulant(e),</i>• <i>vendeur(se) fixe/boutiquier,</i>• <i>parqueur,</i>• <i>gardien/agent de sécurité,</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>proxénète/propriétaire/gérant de chambres de passe,</i>• <i>personnel d'auberge-motel-hôtel,</i>• <i>prestataire de service,</i>• <i>agent force de l'ordre, autre (à préciser)</i>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • <i>manœuvre,</i> 	
--	--

Informateurs clés secondaires UD de site

<ul style="list-style-type: none"> • <i>parqueur,</i> • <i>gardien/agent de sécurité, manœuvre</i> • <i>gros bras</i> • <i>proxénète/propriétaire/gérant de chambres de passe/gérant de site/manager</i> • <i>personnel d'auberge-motel-hôtel</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>client</i> • <i>dealers</i> • <i>anciens consommateurs</i> • <i>vendeur kiosque café</i> • <i>voisin du site</i>
--	---

Informateur clé primaire de site

UD du site

En pratique

Organisation en zone géographique

A Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, la zone considérée est le secteur

Dans les grandes villes, chef-lieu de région, la zone considérée est le secteur

Dans les petites villes et localités, on considérera globalement l'entité entière

Résultats attendus par zone géographique

- Identification de **tous** les points chauds = lieux de rencontre = lieux où la population cible (PS ou HSH ou UD) mènent leur activité.
- Estimer les effectifs de la population clé cible (PS ou HSH ou UD) qui fréquente le site

Cf outils par niveau d'information

Etape 1

Délimiter la zone géographique

Identifier les informateurs clés de zones (Niveau 1)

Procéder à l'enquête du niveau 1 auprès des informateurs clés secondaires de zones avec le questionnaire correspondant (cf questionnaire et tablette)

Niveau 1 (N1) :

- recueillir des informations sur les PS ou les HSH ou les UD et les activités à haut risque qui ont lieu dans des endroits particuliers, ou "points chauds" par des entretiens avec des informateurs clés secondaires (ICS) de zone
- à la fin du premier jour faire la synthèse pour obtenir une liste unique de sites par population clé : cf tableau de synthèse des sites par population clé

Etape 2

Disposer de la liste des sites par population clé et par zone

Se rendre sur le site

Délimiter le site (exemple de délimitation du site)

Identifier l'informateur secondaire de site

Procéder à l'enquête du niveau 2 auprès des informateurs clés secondaires de site

Niveau 2 (N2) :

- recueillir des informations sur les PS ou les HSH ou les UD et les activités à haut risque qui ont lieu dans des endroits particuliers, ou "points chauds" par des entretiens avec des informateurs clés secondaires (ICS) de site

Etape 3

Se rendre sur le site

Dans chaque site identifier l'informateur primaire du site

Procéder à l'enquête du niveau 3 auprès des informateurs clés primaires de site

Niveau3 (N3) :

- valider les informations recueillies au niveau 1 et 2 en se rendant au niveau des points d'activité identifiés pendant le niveau 1 et en s'adressant directement à un membre de la cible (une PS ou un HSH ou un UD) qui représentent les informateurs clés primaires ou principaux (ICP) du site.

Etapas de l'estimation des tailles et la cartographie

Recensement:

Il s'est agi de dénombrer (compter) chaque individu de chaque population ciblée dans chaque site de rencontre. Après avoir recensé tous les sites de rassemblement, les enquêteurs compte le nombre d'individu dans chaque site dans un laps de temps très court.

La sagesse de masse :

A chaque niveau, la méthode d'estimation de la taille a consisté à déterminer, à partir des informateurs, le nombre approximatif de chaque population cible, dans le site de rencontre. La médiane des estimations fournies par les participants a été l'estimation de taille qui en résulte, afin de réduire la possibilité de biais liés aux réponses aberrantes. L'écart interquartile a été également calculé pour fournir un intervalle de confiance sur l'estimation.

Triangulation des estimations

Chaque méthode d'estimation à ses limites inhérentes, et aucune estimation unique ne peut fournir un nombre précis de la taille de la population. L'utilisation de plusieurs méthodes ou sources de données pour la triangulation a été essentielle au développement de meilleures estimations des paramètres clés. En outre, la variation de précision ou des variations relatives entre les estimations des paramètres générés par des méthodes différentes de triangulation donne un aperçu du niveau de confiance de ces paramètres.

Ainsi une triangulation a été faite entre les estimations obtenues (informateurs clés, comptage), puis les coefficients de variation ont été calculés, de même que les coefficients de mobilité. Cette triangulation a permis le calcul de la moyenne par site et le calcul des intervalles de confiance.



4.7.2 Enquête bio-comportementale

- Echantillonnage des individus pour l'enquête bio-comportementale

En raison de la sensibilité, de la mobilité et parfois de la clandestinité des populations ciblées (PS, HSH, UDI) et des difficultés pratiques liées à l'obtention d'un échantillon représentatif, le recrutement des participants ont été centré dans les grandes villes, les villes moyennes et les sites d'attractions de chaque type de population clé dans chaque région.

- Stratégies de recrutement pour l'enquête bio-comportementale

Pour l'enquête bio-comportementale, différentes stratégies ont été utilisées pour choisir les sites de recrutement selon la population cible. Elles comprenaient :

- le réseautage
- les entrevues
- le maintien de contacts réguliers avec les leaders de chaque population et avec les représentants d'organismes communautaires travaillant avec les populations ciblées

Les techniques d'échantillonnage ont été adaptées au type de population étudiée. Il a été privilégié une méthode d'échantillonnage probabiliste lorsque cela était possible, selon la disponibilité des bases de données. Lorsque des bases de données n'étaient pas disponibles ou lorsque l'identification du groupe était sensible, une méthode non probabiliste a été employée. Des indications sont ci-dessous données par population cible de l'étude

Professionnels de sexe

Une cartographie des sites d'exercice des PS a été établie dans chacune des villes concernées par l'enquête.

Sur la base de l'estimation des tailles, le nombre de PS à enquêter par région a été estimé de manière proportionnelle.

Dans chaque région, deux catégories de sites ont été distinguées :

- les sites fixes : endroits où les professionnelles du sexe vivent et/ou reçoivent leurs clients ;

- les sites mobiles : endroits où les professionnelles du sexe viennent proposer les prestations sexuelles

Pour le repérage des sites, les enquêteurs de chaque ville ont utilisé les repères obtenus au niveau de la cartographie. Dans chaque site visité, les PS ont été mobilisées par des pairs éducateurs.

Dans chaque site visité, la participation à l'enquête a été proposée à toutes les PS présentes sur le site au moment de la visite.

Aucun site n'a été visité deux fois.

HSH

L'enquête a été réalisée sur la base d'un échantillon représentatif de la population des HSH estimé pour tout le pays. Sur la base de l'estimation de la taille des HSH, le nombre de HSH à enquêter par région a été estimé de manière proportionnelle.

Dans chaque région et ville, un travail de repérage des différents réseaux des HSH existant dans les villes a été effectué avec l'aide des responsables HSH de la localité.

Utilisateurs de drogue

L'enquête a été réalisée sur la base d'un échantillon représentatif des UD estimé pour tout le pays. A partir de l'estimation de la taille des UD, le nombre d'UD à enquêter par région a été estimé de manière proportionnelle.

Pour le repérage des sites, les enquêteurs de chaque ville ont utilisé les repères obtenus au niveau de la cartographie. Dans chaque site visité, les UD ont été mobilisées par des pairs.

Dans chaque site visité, la participation à l'enquête a été proposée à tous les UD présentes sur le site au moment de la visite.

Aucun site n'a été visité deux fois.

4.8 Variables étudiées

Pour chaque sujet et selon son groupe les variables suivantes ont été collectées :

- caractéristiques sociodémographiques
- informations sur le profil (selon la population)
- information sur le comportement sexuel
- connaissance croyances, opinions et attitudes sur le VIH/Sida

- attitude discriminatoires
- accès aux programmes d'intervention
- donnée biologique

4.9 Collecte des données : techniques et instruments dans chaque population

Techniques et instruments de collecte des données dans chaque groupe de population

<i>Techniques de collecte</i>		<i>Instruments</i>
Interview	Individuel	Questionnaire
Observation biologique	Prélèvement sanguin	Cf schéma

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires électroniques en français, complétés par un enquêteur.

Les superviseurs et les enquêteurs ont reçu une formation sur les définitions opérationnelles des populations cibles, la sélection des sujets, les tailles d'échantillon à enquêter, l'administration électronique du questionnaire, l'utilisation de la tablette ainsi que sur les aspects éthiques propres à ce type d'enquête.

Les biologistes ont été formés sur les techniques de prélèvement et les précautions universelles.

Un code d'identification séquentiel unique anonyme a été attribué à chaque participant. Le même code était collé sur la fiche d'échantillon du prélèvement et sur la fiche de consentement éclairé de chacun des participants signée par l'enquêteur après avoir reçu le consentement du participant. Afin d'éviter les doublons, le code d'identifiant a été généré avant l'enquête sur des autocollant.

Les enquêteurs ont recueilli le consentement éclairé des participants.

4.10 Procédures de prélèvements et de laboratoires pour la biologie

Prélèvement

Sur chaque site d'enquête, une équipe de laboratoire a assuré les prélèvements.

Le participant a été adressé à l'équipe de laboratoire présent sur le site d'enquête afin de prélever des échantillons de sang sur DBS par ponction capillaire au bout du doigt, pour le dépistage du VIH.

Confection des DBS :

La goutte de sang est déposée délicatement, au centre de chaque cercle sans toucher la carte (5 cercles). Après le dépôt, le sang sur le papier buvard est séché sur une surface plane et horizontale pendant au moins trois heures à l'air libre à l'abri de la poussière et surtout du soleil, etc. Ensuite chaque carte contenant du sang séché est mise dans un sachet de conditionnement individuel pour éviter les contaminations par contact direct entre cartes de sujets différents.

Après séchage, les DBS ont être transférés au Centre MURAZ à Bobo-Dioulasso.

Schéma d'analyses biologiques

Tous les échantillons de DBS ont été acheminés au laboratoire de virologie du Centre MURAZ pour les analyses des prélèvements selon le schéma validé par le LNR/VIH.

Contrôle de qualité

Interne

Outre les bonnes pratiques de laboratoire, un contrôle de qualité interne a été réalisé à chaque niveau du schéma.

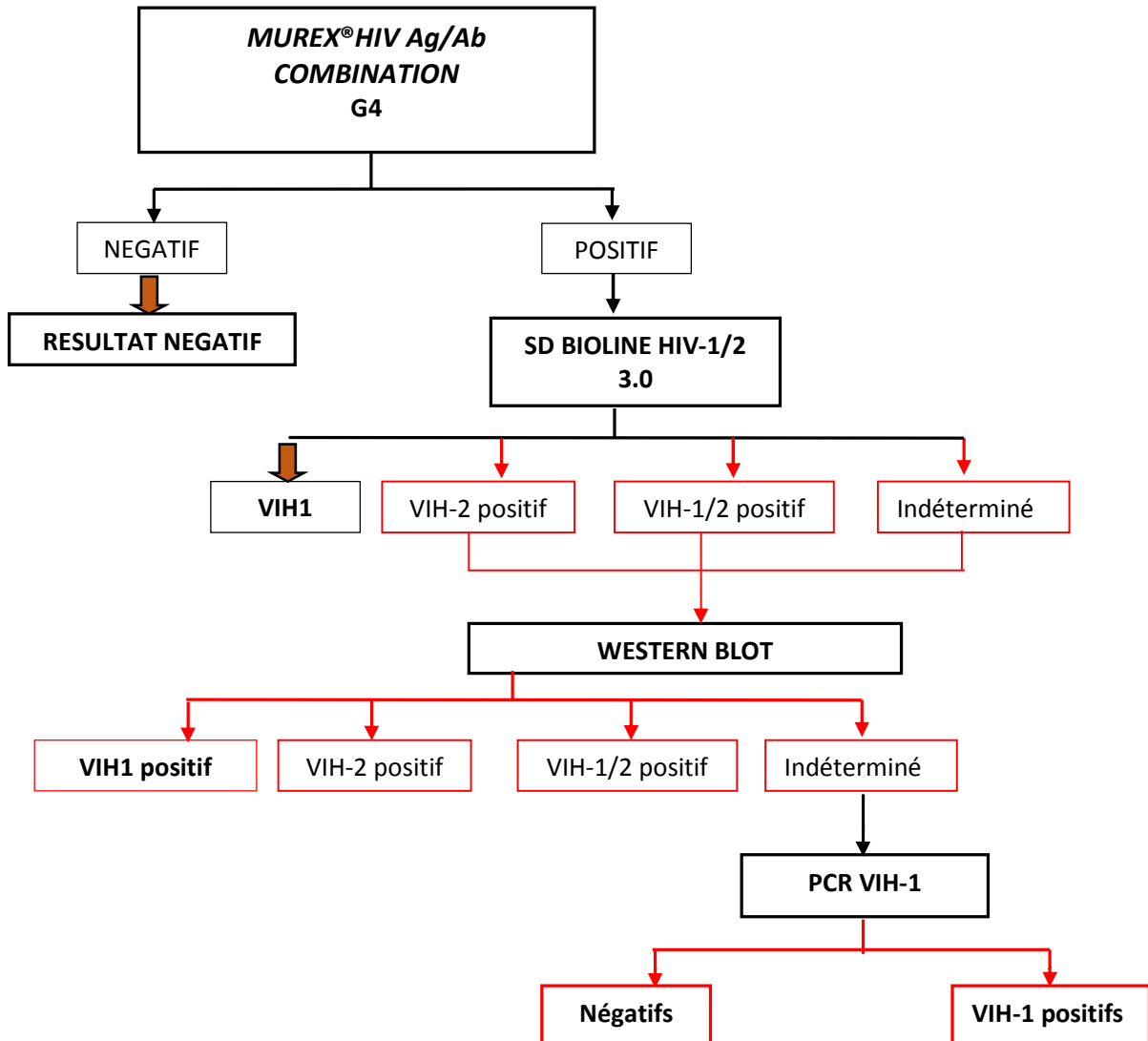
Externe

La confirmation des résultats des tests sérologiques de dépistage du VIH a été réalisée par le laboratoire national de référence VIH, sur un échantillon de DBS tiré au sort.

Au total 10% de l'ensemble des échantillons déclarés positifs, ont été sélectionnés de manière aléatoire par tirage sans remise à l'aide de l'outil « échantillonne » du module EPITABLE.

De même, 5% de l'ensemble des échantillons déclarés négatifs, ont été sélectionnés de manière aléatoire.

**Schéma de dépistage du VIH dans l'étude bio-comportementale au sein des populations (PS, HSH, UD) au Burkina Faso
Validé par le LNR-VVIH/IST**



- ELISA mixte snesible 4èG : *MUREX® HIV Ag/Ab COMBINATION* (DiaSorin)
- Test discrimant : *SD BIOLINE HIV-1/2 3.0* (Standard Diagnostics)
- Western blot : HIV BLOT2.2 (MP Diagnostics)
- PCR : Abbott RealTime HIV-1 Qualitative Assay (Abbott Molecular)

4.11 Gestion des données et Analyse des données

Toutes les données ont été collectées sur questionnaires électroniques à l'aide de l'application ODK Collect.

Des analyses descriptives ont été effectuées pour caractériser les participants. Des mesures de tendance centrale et de dispersion ont été calculées pour les variables continues. Des tableaux de fréquence ont été construits pour les variables catégorielles. Ces analyses portaient sur les caractéristiques sociodémographiques, les comportements sexuels, l'accès aux interventions liées au VIH, les connaissances sur le VIH, les IST et les attitudes discriminatoires.

La séroprévalence du VIH a été évaluée pour chaque population cible.

Des analyses bivariées ont été ensuite effectuées pour rechercher les déterminants associés à la séroprévalence du VIH, mais également, pour rechercher des associations entre les caractéristiques sociodémographiques et les comportements à risque. Le test de Chi² a été utilisé pour comparer les proportions lorsque les conditions d'utilisation étaient satisfaites.

Le seuil de signification statistique pour toutes les analyses a été établi à 5 % sur la base d'hypothèses alternatives bilatérales.

Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel IBM® SPSS® Statistics 20 pour Windows.

Analyse des données de la cartographie : Dans les sites retenus, les données collectées ont permis de disposer des listes des sites où des populations clés sont présentes (nom, localisation, adresse, carte), des services disponibles et des services utilisés et d'obtenir une estimation de la taille des populations clés.

5 Aspects éthiques

Risques liés à la participation à l'étude

La nature du sujet abordé lors des entrevues pouvait provoquer chez les enquêtés des sentiments d'inconfort et causer des émotions difficiles à gérer ainsi qu'un risque de détresse psychologique. En conséquence, les conditions d'enquête ont été bien contrôlées, les enquêteurs ont été formés afin d'établir une relation de confiance avec les enquêtés.

Avantages

Les enquêtés ont reçu des informations sur le VIH/sida ainsi que sur les services de prise en charge pour ces maladies.

Les résultats des enquêtes permettront d'élaborer des interventions adaptées pour chaque population.

Confidentialité et anonymat

La participation à l'étude était volontaire et les enquêtés étaient libres de désister à tout moment de l'enquête. Pour le respect des règles d'éthique, le consentement éclairé a été obtenu auprès de chaque enquêté avant l'entrevue et le prélèvement. Les enquêteurs ont reçu une formation comprenant les aspects éthiques de ce type d'étude. Chaque enquêté avait un numéro unique. De cette manière, aucun renseignement nominal n'était inscrit sur les questionnaires et les échantillons. Les résultats de tests de laboratoire étaient strictement anonymes.

Les données sensibles de la cartographie : situation géographique, géolocalisation repères des sites ne sont transmises qu'aux responsables du programme.

Les cartes indiquant l'emplacement des populations clés seront utilisés pour améliorer les stratégies de plaidoyer, le respect, la protection des droits des populations clés, et leurs couvertures par des services adaptés.

Les cartes indiquant les lieux où les populations clés se rassemblent ne seront partagées qu'avec les groupes identifiés dans les accords d'utilisation des données. Les cartes serviront à améliorer la disponibilité des services pour les populations clés.

6 Résultats

6.1 Professionnelles de sexe (PS)

6.1.1 Caractéristiques

6.1.1.1 Répartition des PS enquêtées selon les régions

Le tableau 2 indique la répartition de l'échantillon des PS enquêtées par région.

Tableau 2: Répartition des PS enquêtées selon la région

	Effectifs	Pourcentages
Région		
Boucle du Mouhoun	324	6,8
Cascades	111	2,3
Centre	1334	27,9
Centre-Est	377	7,9
Centre-Nord	202	4,2
Centre-Ouest	164	3,4
Centre-Sud	116	2,4
Est	321	6,7
Hauts bassins	1081	22,6
Nord	222	4,6
Plateau central	197	4,1
Sahel	170	3,6
Sud-Ouest	165	3,4

Une proportionnelle a été faite au niveau de l'estimation des tailles d'échantillon par région, pour tenir compte des différences de densité en termes de PS selon la région. Les régions du centre et des hauts bassins ont été les plus représentées. On observe que toutes les régions ont été couvertes.

6.1.1.2 Nationalité des PS

Le tableau 3 donne la répartition des PS de l'échantillon selon leur nationalité.

Tableau 3: Répartition des PS enquêtées selon leur nationalité

Nationalité	Effectifs	Pourcentages
Burkinabé	2531	52,9
Nigériane	915	19,1
Togolaise	908	19
Béninoise	30	0,6
Camerounaise	3	0,1
Nigérienne	27	0,6
Libérienne	2	0,04
Ghanéenne	55	1,1
Ivoirienne	260	5,4
Maliennne	43	0,9
Sénégalaise	3	0,1
Guinéenne	5	0,1
Autre	2	0,04

Les Burkinabè représentaient plus de la moitié des PS enquêtées (52,9%) suivait les femmes originaires du Nigeria et du Togo étaient les plus nombreuses (respectivement 19,1%et 19%).

6.1.1.3 Appartenance religieuse confessée

Le tableau 4 donne la répartition des PS enquêtées selon appartenance religieuse.

Tableau 4: Répartition des PS enquêtées selon leur appartenance religieuse

	Effectifs	Pourcentages
Religion		
Musulmane	1389	29
Chrétienne	3321	69,4
Animiste	30	0,6
Pas de religion	30	0,6
Autre	14	0,3

Parmi les PS enquêtés, 98,4% affirmaient appartenir soit à la religion musulmane ou chrétienne.

6.1.1.4 Age des professionnelles enquêtées

L'âge moyen des PS enquêtées était de 25,5 ans (avec un écart type de 6,3 ans). Les âges extrêmes étaient de 13 ans et 60 ans. Le tableau 5 donne la répartition des PS enquêtées selon leur âge.

Tableau 5: Répartition des PS enquêtés selon les catégories d'âge

	Effectifs	Pourcentages
Catégories d'âge		
13-19 ans	694	14,5
20-24 ans	1759	36,8
25-29 ans	1222	25,5
30-39 ans	929	19,4
40-49 ans	161	3,4
50 ans et plus	19	0,4
Moins de 25 ans	2453	51,3
25 ans et plus	2331	48,7

Les classes d'âges des 20-24 ans et des 25-29 ans étaient les plus représentées.

6.1.1.5 Situation relationnelle des PS

Le paragraphe suivant rapporte la situation relationnelle que vivent les PS enquêtées. Il s'agit non seulement de la situation matrimoniale, mais aussi du fait d'entretenir une relation plus ou moins stable avec un « petit ami » ou un « copain fixe ».

Statut matrimonial

Le tableau 6 donne la répartition des PS enquêtées selon leur statut matrimonial déclaré.

Tableau 6: Répartition des PS enquêtées selon leur statut matrimonial déclaré

	Effectifs	Pourcentages
Statut matrimonial		
Célibataire	3712	77,6
En union monogame	422	8,8
En union polygame	55	1,1
Séparée/divorcée	529	11,1
Veuves	66	1,4

Globalement, de l'ensemble des PS enquêtées, 9 sur 10 partagent l'attribut de ne pas être en union, dont les plus nombreuses (77,6%) se déclarent être célibataire (c'est-à-dire sans engagement marital). Près de 10% des PS enquêtées ont déclaré être en union.

Relation avec un petit ami stable

Parmi les PS enquêtées, 3404 sur les 4784 ; soit 71,2% ont affirmé avoir un petit ami stable.

6.1.1.6 Expérience de grossesse et d'accouchement

Des 4784 PS enquêtées, 1030, soit 21,5% ont affirmé avoir déjà été enceinte depuis qu'elles exerçaient la profession de sexe. Le tableau 7 donne les auteurs présumés de ces grossesses.

Tableau 7 : Répartition des PS enquêtées selon les auteurs des grossesses survenues au cours de leur activité

	Effectifs	Pourcentages
Auteur de la grossesse		
Client	170	16,5
Conjoint	184	17,9
Petit ami	646	62,8
Partenaire « non payant » ponctuel	28	2,7

On observe que 16,5% des grossesses sont attribués, par les PS, à des clients payants.

Parmi les PS de l'échantillon, 61,8% (2957/4784) ont rapporté avoir des enfants et 17,6% (840/4784) ont affirmé avoir accouché d'une grossesse acquise dans l'exercice de la profession de sexe.

6.1.1.7 Utilisation de la contraception

Sur les 4784 PS enquêtées, 1898 ont affirmés être sous contraception, soit 39,7% d'entre elles.

Le tableau 8 indique les principales méthodes contraceptives rapportées par les PS.

Tableau 8 : Principales méthodes contraceptives des PS au moment de l'enquête

	Effectifs	Pourcentages
Méthodes contraceptives		
Pilule	385	20,3
Injectable	644	34
DIU	47	2,2
Implant	733	38,7
Autre	85	4,5

Seulement 2 PS sur 5 étaient sous contraception.

6.1.1.8 Scolarisation des PS

Au total, 74,8% des PS enquêtées affirmaient avoir été scolarisées (école moderne), soit près de $\frac{3}{4}$ des PS enquêtées.

Le tableau 9 indique la répartition des PS selon le niveau scolaire atteint.

Tableau 9 : Répartition des PS enquêtées selon le niveau d'étude atteint

	Effectifs	Pourcentages
Niveau d'étude atteint		
Non scolarisées	1207	25,2
Primaire	1419	29,7
Secondaire 1 ^{er} cycle	1640	34,3
Secondaire 2 ^e cycle	395	8,3
Supérieur	123	2,6

On observe que près de 2/3 des PS ont atteint le niveau primaire à secondaire.

6.1.1.9 Expérience en tant que PS

La durée médiane d'exercice comme professionnelle du sexe était de d'un an avec des extrêmes allant de moins d'un an à 37 ans. Le tableau 10 donne la répartition des enquêtées selon la durée d'expérience en tant que PS.

Tableau 10: Répartition des PS enquêtées selon la durée d'exercice comme PS

	Effectifs	Pourcentages(%)
Durés d'exercice comme PS		
Moins d'un an	217	4,5
1-4 ans	3771	78,8
5-9 ans	552	11,5
10-14 ans	188	3,9
15 ans et plus	56	1,2

Plus de 8 PS sur 10 (83,3%) ont affirmé exercer l'activité de PS depuis une période inférieure ou égale à 4 ans.

6.1.1.10 Occupation des PS

Seules 1718 PS, sur 4784 enquêtées, soit 35,9%, ont rapporté avoir une autre activité génératrice de revenus.

Le tableau 11 indique les principales activités rapportées par les 1718 PS.

Tableau 11: Principales activités (autre que PS) (n=1718)

Type d'activité	Effectifs	Pourcentages
Coiffeuse/esthéticienne	372	21,7
Petit commerce (domicile/ambulant)	332	19,4
Vendeuse/caissière	41	2,4
Commerçante	204	11,9
Serveuse de bar/maquis/restaurant	597	34,9
Stripteaseuse	2	0,1
Femme de chambre d'hôte/Motel	3	0,2
Femme d'entretien/nettoyage	12	0,7
Employée privée ou public	28	1,6
Dolotière	16	0,9
Artiste	5	0,3
Couturière	92	5,4
Agriculture/Elevage	8	0,5

Il s'agit le plus souvent d'activité assez précaire, faiblement génératrice de revenu, avec une exposition au contact avec des clients (commerce, serveuse, esthéticienne etc...).

6.1.1.11 Type de site de rencontre rapporté par les PS

Le tableau 12I indique les différents types de sites potentiels de rencontre avec les clients.

Tableau 12 : Types de sites potentiels de rencontre avec les clients (n=4784)

	Effectifs	Pourcentages
Types de site		
Maison close/Domicile	1067	22,30
Bar formel	745	15,57
Maquis	2210	46,20
Buvette	191	3,99
Nightclub/Boite de nuit	261	5,46
Cabaret	45	0,94
Parking des camions	22	0,46
Chambre de passe (aux abords)	1460	30,52
Auberge	407	8,51
Hôtel/Motel	356	7,44
Salon de massage	6	0,13
Restaurant/Fast food	38	0,79
Fêtes religieuses et autres	1	0,02
Réseaux/Grin	10	0,21
Rue	85	1,78
Parc/Jardin	15	0,31
Site immobilier	2	0,04
Plage	1	0,02
Ecole/Lycée/Université	13	0,27
Centre commercial	3	0,06
Sites touristiques	4	0,08
Terrain vague/Réserve	29	0,61
Gare d'autobus/train/taxi	7	0,15
Marché	6	0,13
Kiosque	59	1,23
Salle de Sport	0	-
Autre	107	2,24

Une PS peut avoir cité plusieurs sites. Pour chaque site, le dénominateur est de 4784.

Les sites les plus fréquemment cités par les PS sont de trois catégories :

- Maquis/buvettes/cabaret/night-club/boite de nuit : cités par 72,16% des PS
- Auberge/hôtel/motel/chambre de passe : cités par 46,49% des PS
- Maison close/domicile : cités par 22,3% des PS

Outre le contact direct sur les sites de rencontre, l'internet était utilisé comme moyen de rencontre de clients par 427 PS, soit 8,9%. Des PS interrogées, 326, soit 6,8% ont affirmé connaître des listes où il est possible de s'inscrire pour se faire appeler pour des clients.

6.1.1.12 Mobilité des PS

Sur les 4784 femmes interrogées au sujet de leur mobilité, les PS auraient une stabilité relativement longue (notion de territoire ou d'habitude) en termes de site ou zone d'exercice et sont connues par les responsables dans le cas des sites autres que la rue. Cependant, il arrive que certaines se déplacent sur des sites voisins ou lointains. Ainsi :

- 1282 PS, soit 26,8% ont rapporté se déplacer parfois vers d'autres sites de la même ville
- 1260 PS, soit 26,3% ont affirmé se déplacer vers d'autres villes du Burkina
- 623 PS, soit 13% se serait déjà déplacé vers les sites d'orpillages du Burkina pour exercer leur profession de PS
- Et enfin, 9,7% se serait déjà déplacé entre au moins deux pays pour y exercer la profession de sexe

6.1.1.13 Consommation d'alcool et de drogue

Parmi les PS enquêtées, 61,7% (2953/4784) ont affirmé consommer de l'alcool et 3,8% (182/4784) ont déclaré avoir déjà consommé de la drogue.

Le tableau 13 indique le type de drogue consommé. Une même PS peut avoir consommé plusieurs types de drogue, ainsi pour chaque drogue le dénominateur a été l'ensemble des PS ayant consommé de la drogue (182).

Tableau 13 : Types de drogue consommé par les PS (n=182)

	Effectifs	Pourcentages
Type de drogue		
Chanvre	142/182	78,02
Amphétamine	7/182	3,85

Cocaïne	11/182	6,04
Ectasie	1/182	0,55
Dissolution	1/182	0,55
Potion traditionnelle	2/182	1,10
Ne sait pas	18/182	9,89
Opium	1/182	0,55
Autre	6/182	3,30

Le chanvre indien était la drogue la plus fréquemment consommée par les PS. On observe aussi l'usage de drogue plus dure.

Le tableau 14 indique les principaux modes de consommation de la drogue rapportés par les PS.

Tableau 14: Principaux modes de consommation de la drogue rapportés par les PS (n=182)

	Effectifs	Pourcentages
Modes de consommation de la drogue		
Oral	26/182	14,29
Injectable	1/182	0,55
Fumé	153/182	84,07
Snifé	8/182	4,40
Autre	2/182	1,10

Etant donné que le chanvre indien ou cannabis était la drogue la plus rencontrée dans le milieu, le principal mode de consommation consistait à « fumer ».

6.1.2 Séroprévalence du VIH et facteurs associés

6.1.2.1 Séroprévalence du VIH chez les PS

La prévalence du VIH chez les PS était de 5,4% (258/4784) avec un IC 95% compris entre [4,7 – 6,0].

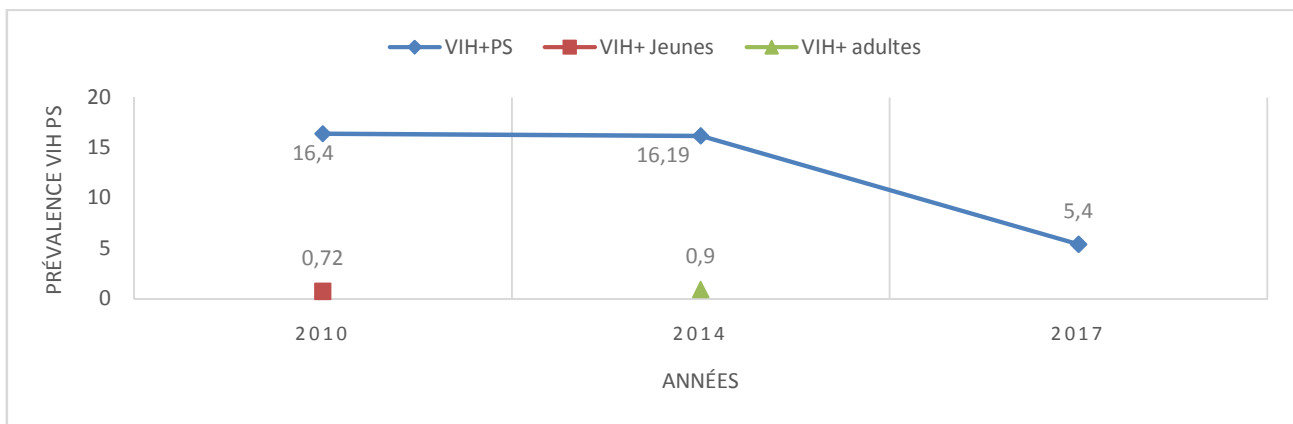
Sur les 258 VIH positifs réels, 99,6% étaient atteints par le VIH de type 1.

6.1.2.2 Evolution de la séroprévalence du VIH chez les PS au Burkina Faso

La figure 1 indique l'évolution de la prévalence rapportée par les différentes études au cours du temps.

La comparaison de la prévalence du VIH observée chez les PS dans le temps doit se faire en tenant compte de la dynamique (géographique, scolarisation, âge) au sein de cette population entre les périodes.

Figure 1 : Evolution temporelle de la prévalence du VIH



6.1.2.3 Déterminants de la prévalence du VIH chez les PS

Le tableau 15 donne la proportion de PS infectées selon les caractéristiques sociodémographiques, leurs comportements sexuels, leur utilisation du préservatif, les actions de prévention, et leurs connaissances des moyens de prévention du VIH

Tableau 15 : Déterminants de la prévalence du VIH chez les PS enquêtées

	Effectifs	% PS VIH +	p
Régions			
Boucle du Mouhoun	324	9,4	
Cascades	111	15,3	
Centre	1334	6,0	
Centre-Est	377	6,4	
Centre-Nord	202	3,5	
Centre-Ouest	164	7,3	
Centre-Sud	116	6,0	<0,001
Est	321	4,0	
Hauts bassins	1081	4,9	
Nord	222	3,2	
Plateau central	187	3,6	
Sahel	170	1,8	
Sud-Ouest	165	4,2	
Catégories d'âge (ans)			
13-19	694	2,4	
20-24	1759	3,7	
25-29	1222	4,4	<0,001
30-39	929	9,9	
40-49	161	14,3	
50 et plus	19	10,5	
Catégories d'âge (ans)			
Moins de 25 ans	2453	3,3	<0,001
25 ans et plus	2331	7,3	
Durée comme PS (ans)			
Moins d'1 an	217	2,3	
1-4	371	4,6	<0,001
5-9	552	7,4	
10-14	188	12,8	
15 et plus	56	14,3	
Statut matrimonial			
Célibataire	3712	4,4	
En union monogame	422	4,7	<0,001
En union polygame	55	18,2	
Séparée/divorcée	529	9,6	
Veuve	66	12,1	
Avoir un petit ami fixe			
Oui	3404	4,9	0,04
Non	1380	6,3	
Enceinte durant activité de PS			
Oui	1030	5,9	0,3
Non	3754	5,1	

	Effectifs	% PS VIH +	p
Scolarisées			
Oui	3577	4,6	<0,001
Non	1207	7,5	
Autre Occupation génératrice de revenue			
Oui	1718	5,7	0,3
Non	3066	5,1	
Mobilité entre les villes du Burkina			
Oui	1260	5,5	0,7
Non	3524	5,9	
Mobilité sur les sites d'orpaillage			
Oui	623	5,8	0,5
Non	4161	5,2	
Mobilité hors du Burkina			
Oui	465	6,5	0,2
Non	4319	5,2	
Affiliée à une association de PS			
Oui	480	5,0	0,7
Non	4304	5,3	
Consommation d'alcool			
Oui	2953	5,6	0,1
Non	1831	4,8	
Déjà consommé la drogue			
Oui	182	5,5	0,8
Non	4602	5,3	
Préservatif à chaque rapport sexuel avec un client payant au cours du mois passé			
Oui	4446	5,3	0,6
Non	338	4,7	
Préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client payant			
Oui	4447	5,4	0,08
Non	337	3,3	
Expérience de rapport sexuel sans préservatif avec un client payant			
Oui	1120	4,6	0,2
Non	3664	5,5	
Retrait du préservatif au cours d'un rapport sexuel			
Oui	1485	6,2	0,06
Non	3299	4,9	
Plusieurs partenaires sexuels non payant			
Oui	2747	5,4	0,6
Non	2037	5,1	
Expérience de rapport sexuel sans préservatif avec partenaire non payant			

	Effectifs	% PS VIH +	p
Oui	2311	5,7	0,2
Non	2473	4,9	
Déjà réalisé un test de dépistage du VIH			
Oui	4095	5,6	0,02
Non	689	3,5	
Test du VIH au cours des 12 derniers mois			
Oui	3573	5,5	0,2
Non	1211	5,9	
Résultats du test dépistage du VIH reçu			
Oui	3519	5,1	0,2
Non	54	5,9	
Survenue d'une IST au cours des 12 derniers mois			
Oui	1584	6,3	0,02
Non	3200	4,8	
Bonne connaissance			
Oui	1706	6,0	0,1
Non	3078	4,9	
Touchés par les programmes de prévention du VIH			
Oui	3259	5,6	0,2
Non	1525	4,7	
Attitudes discriminatoires			
Oui	2354	4,3	0,004
Non	2430	6,2	

On observe que la prévalence du VIH chez les PS est significativement liée à la région.

On observe un lien statistique entre l'âge et la prévalence du VIH, avec une prévalence croissante avec l'âge. Les plus de 25 ans sont plus infectées que les moins de 25 ans.

On observe également une augmentation de la prévalence selon la durée d'exercice comme PS.

Le statut matrimonial est statistiquement lié à la prévalence du VIH chez les PS.

Les PS non scolarisées étaient plus infectées que celles scolarisées.

Bien qu'il n'existe pas de différence statistique, la prévalence était plus élevée chez les PS ayant une autre occupation génératrice de revenu.

Bien qu'il n'existe pas de lien statistique, la proportion des VIH+ est plus élevée chez les PS n'ayant de petit copain stable et ceux celles qui avaient des plusieurs partenaires dis « non payants ». C'est sans doute l'expression de la précarité.

Bien qu'il n'existe pas de différence statistique, on observe une proportion de VIH+ plus élevée chez les PS ayant une mobilité vers les sites d'orpaillage.

La prévalence du VIH est plus élevée chez les PS ayant déclaré consommer de l'alcool, mais la différence n'est pas significative.

L'utilisation du préservatif (à chaque rapport sexuel avec un client payant, au dernier rapport sexuel avec un client payant) ne sont pas statistiquement liés à la prévalence du VIH.

La proportion de PH VIH+ était statistiquement plus élevée chez les PS ayant rapporté une IST au cours des 12 derniers mois.

La proportion de PS VIH+ était statistiquement plus élevée chez celles n'ayant pas indiqué une attitude discriminatoire vis-à-vis des PVVIH, sans doute parce que plus tolérante à leur propre égard.

6.1.3 Comportements sexuels, utilisation du préservatif et leurs déterminants

6.1.3.1 Comportements sexuels

L'âge moyen du premier rapport sexuel vaginal était de 17 ans avec des extrêmes de 10 et 22 ans (ET=2,2).

L'âge moyen de début de l'activité de PS était de 22,77 ans avec des extrêmes de 11 et 56 ans (ET=5,59).

Tableau 16 : Indicateurs de comportements sexuels (n=4784)

Comportement sexuels	
% de PS ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	11,5
% de PS ayant déjà eu un rapport sexuel anal	5,3
% de PS ayant un ou plusieurs partenaires sexuels non payant	57,4

Plus de 1 PS sur 10 affirmait avoir son premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans.

On a observé que 5,3% des PS ont affirmé avoir déjà eu un rapport sexuel anal.

Plus de la moitié des PS enquêtées ont déclaré avoir plusieurs partenaires sexuels dits « non payants ».

6.1.3.2 Utilisation du préservatif

Le tableau 17 indique les indicateurs de l'utilisation du préservatif chez les PS.

Tableau 17: Indicateurs d'utilisation du préservatif (n=4784)

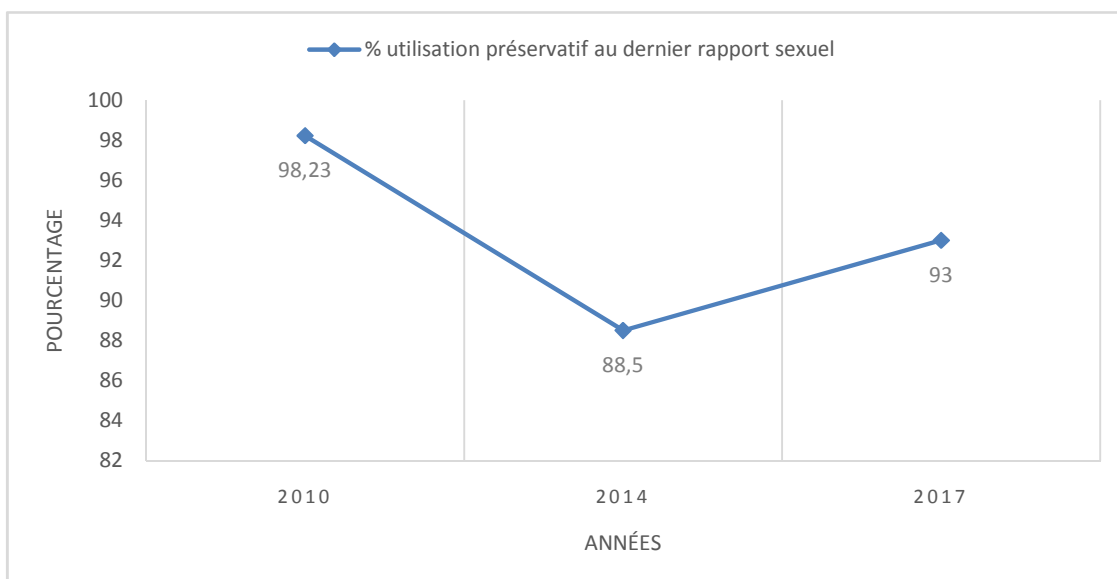
Comportement sexuels	
% de PS ayant utilisé un préservatif masculin à chaque rapport sexuel avec un client payant au cours du mois	
	92,9
% de PS ayant utilisé un préservatif masculin lors du dernier rapport sexuel avec un client payant	
	93
% de PS ayant déjà eu un rapport sexuel avec un client payant sans utiliser le préservatif	
	58,8
% de PS ayant déjà utilisé un lubrifiant au moment des rapports sexuels vaginaux	
	77,8
% de PS ayant utilisé un préservatif masculin lors du dernier rapport sexuel anal	
	48,3
% de PS ayant déjà eu un rapport sexuel sans préservatif avec un partenaire non payant	
	67,3
% de PS qui ont rapporté avoir reçu des propositions de rapports sexuels sans préservatif	
	31
% de PS ayant été confronté à un retrait du préservatif lors d'un rapport sexuel	

La proportion d'utilisation du préservatif à chaque rapport sexuel avec un client et la proportion d'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel sont très élevée.

6.1.3.3 Changement de comportements sexuels entre 2013-2017

La figure 2 indique le changement de comportement sexuel chez les PS.

Figure 2 : Evolution de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les PS



Les niveaux d'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel sont restés élevés entre 2010 et 2017.

6.1.3.4 Déterminants de l'utilisation du préservatif

Les tableaux 18 et 19 indiquent l'utilisation du préservatif, à chaque rapport sexuel au cours du dernier mois avec un client payant, au dernier rapport sexuel quel que soit le partenaire, mais le fait d'avoir eu au moins un rapport sexuel sans préservatif et un rapport sexuel anal sans préservatif, en fonction de la région.

Tableau 18 : Utilisation du préservatif par les PS enquêtées en fonction de certaines variables

	Effectifs	% Utilisation d'un préservatif le mois dernier à chaque rapport sexuel avec un client payant	% Utilisation d'un préservatif au dernier rapport sexuel avec un client payant	% ayant déjà eu un rapport sexuel sans préservatif avec un client payant	% ayant déjà eu un rapport sexuel anal sans préservatif avec un client payant
Régions					
Boucle du	324	92,3	91,0	34,6	66,7
Mouhoun	111	98,2	99,1	9,9	100
Cascades	1334	93,9	93,4	22,4	74,7
Centre	377	91,2	95,2	13,3	100
Centre-Est	202	95,5	95,5	19,3	50
Centre-Nord	164	94,5	94,5	14,0	33,3
Centre-Ouest	116	87,9	84,5	30,2	77,8
Centre-Sud	321	95,3	94,4	11,5	71,4
Est	1081	89,5	90,6	29,9	79,5
Hauts bassins	222	92,8	90,5	29,7	63,6
Nord	187	93,4	93,9	17,8	78,6
Plateau central	170	98,2	95,9	31,2	83,3
Sahel	165	97,6	97,0	22,4	91,3
Sud-Ouest		0,000	0,000	0,000	0,1
P					
A un petit ami fixe					
Oui	3404	91,6	91,6	26,0	77,2

	Effectifs	% Utilisation d'un préservatif le mois dernier à chaque rapport sexuel avec un client payant	% Utilisation d'un préservatif au dernier rapport sexuel avec un client payant	% ayant déjà eu un rapport sexuel sans préservatif avec un client payant	% ayant déjà eu un rapport sexuel anal sans préservatif avec un client payant
Non	1380	96,2	96,4	17,0	79,4
P		0,000	0,000	0,000	0,7
Scolarisation					
Oui	3577	93,0	93,0	23,4	74,9
Non	1207	92,6	93,0	23,4	86,9
P		0,6	0,9	0,9	0,04
AGR					
Oui	1718	91,6	92,2	24,0	78,7
Non	3066	93,7	93,4	23,1	77,2
P		0,008	0,1	0,4	0,7
Mobilité inter- villes					
Oui	1260	92,5	92,1	29,4	81,0
Non	3524	93,1	93,3	21,3	75,5
P		0,5	0,1	0,000	0,3
Mobilité vers site					
Oui	623	93,6	92,5	30,2	80,8
Non	4161	92,8	93,0	22,4	76,5
P		0,5	0,6	0,000	0,4
Mobilité inter- pays					
Oui	465	91,4	90,1	31,6	81,0
Non	4319	93,1	93,3	22,5	76,8
P		0,1	0,01	0,000	0,4
Affilié association					
Oui	480	94,0	95,0	26,9	84,1
Non	4304	92,8	92,7	23,0	76,4
P		0,3	0,06	0,05	0,2
Bonne connaissance					
Oui	1708	94,6	94,3	20,4	69,6
Non	3078	92,0	92,2	25,1	80,9

	Effectifs	% Utilisation d'un préservatif le mois dernier à chaque rapport sexuel avec un client payant	% Utilisation d'un préservatif au dernier rapport sexuel avec un client payant	% ayant déjà eu un rapport sexuel sans préservatif avec un client payant	% ayant déjà eu un rapport sexuel anal sans préservatif avec un client payant
Non P		0,001	0,009	0,000	0,05
Touchées par les programmes de prévention					
Oui	3259	94,4	94,3	22,4	79,9
Non P	1525	89,9 0,008	90,0 0,000	25,5 0,01	73,5 0,2

Tableau 19 : Utilisation du préservatif par les PS enquêtées en fonction de certaines variables

	Effectifs	% Utilisation d'un préservatif le mois dernier à chaque rapport sexuel avec un client payant	% Utilisation d'un préservatif au dernier rapport sexuel avec un client payant	% ayant déjà eu un rapport sexuel sans préservatif avec un client payant
Client propose rapport sexuel sans préservatif				
Oui	3222	93,0	93,2	27,6
Non	1562	92,8	92,4	14,8
P		0,8	0,2	0,000
Avoir des partenaires Non-Payant				
Oui	2747	91,3	91,5	28,9
Non	2037	95,2	94,9	16,0
P		0,000	0,000	0,000
Consommation régulière alcool				
Oui	2953	92,7	92,4	26,2
Non	1831	93,4	93,9	19,0
P		0,3	0,04	0,000
Consommation drogue				
Oui	182	91,8	90,1	34,6
Non	4602	93,0	93,1	23,0
P		0,5	0,1	0,000
Durée PS				
Moins de 1 an	217	88,9	86,2	21,2
1-4 ans	3771	93,8	93,8	21,8
5-9 ans	552	90,6	91,8	30,1
10-14 ans	188	91,0	89,4	33,5
15 ans et plus	56	80,4	82,1	39,3
P		0,000	0,000	0,000
IST				
Oui	1584	90,8	90	30,9
Non	3200	94,0	94,4	19,7
P		0,000	0,000	0,000
Discrimination				
Oui	2354	93,2	93,6	23,2
Non	2430	92,6	92,3	23,6
P		0,4	0,09	0,7
A déjà fait test VIH				
Oui	4095	93,6	93,8	22,4
Non	689	89,1	88,1	29,6
P		0,000	0,000	0,000

Testées et résultat connu				
Oui	3519	94,4	94,3	21,8
Non	1265	88,9	89,1	28,0
P		0,000	0,000	0,000

On observe un lien statistique entre l'utilisation du préservatif et la région, de même que l'expérience d'un rapport sexuel sans préservatif.

Lorsque on considère le comportement au cours du dernier mois ou au lors du dernier rapport sexuel au moment de l'enquête, on constate des niveaux élevés d'utilisation du préservatif dans les 13 régions (au-delà de 90%, sauf au centre-sud).

6.1.4 Connaissances des modes de transmission et les moyens de prévenir le VIH

6.1.4.1 Niveau de connaissance

Le tableau 20 présente les indicateurs de la connaissances des moyens de transmission sexuelle du VIH et de rejet des idées fausses.

Tableau 20 : Indicateurs de la connaissance des moyens de transmission et de rejet des idées fausses

Indicateurs	
% de PS qui ont répondu « oui » à la question : Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatif lors des rapports sexuels ?	89,5
% de PS qui ont répondu « oui » à la question : Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?	84,1
% de PS qui ont répondu « oui » à la question : Une personne paraissant en bonne santé peut-être séropositive ?	83,3

% de PS qui ont répondu « non » à la question : Une pique de moustique peut-elle transmettre le VIH ? 63,1

% de PS qui ont répondu « non » à la question : Peut-on attraper le virus du SIDA en partageant un repas avec une personne séropositive ?	73,4
---	------

% de PS qui ont répondu « oui » aux 05 questions (= Bonne connaissance) 35,7

Parmi les PS enquêtées, 35,7% (1706/4784) avaient de bonnes connaissances concernant les modes de transmission par voie sexuelles du VIH et ont rejetés les principales idées fausses.

6.1.4.2 Déterminants du niveau de connaissance

Le tableau 21 présente les déterminants du niveau de bonne connaissance des modes de transmission par voie sexuelles du VIH et ont rejetés les principales idées fausses

Tableau 21 : Déterminants du niveau de bonne connaissance des modes de transmission par voie sexuelles du VIH et ont rejetés les principales idées fausses chez les PS

	Effectifs	% bonne connaissance	p
Région			
Boucle du Mouhoun	324	37,0	
Cascades	111	36,9	
Centre	1334	38,6	
Centre-Est	377	28,6	
Centre-Nord	202	29,7	
Centre-Ouest	164	61	
Centre-Sud	116	29,3	0,0001
Est	321	28,3	
Hauts bassins	1081	32,9	
Nord	222	37,8	
Plateau central	187	24,4	
Sahel	170	30,6	
Sud-Ouest	165	58,8	

Catégories d'âge (ans)			
13-19	694	28,0	
20-24	1759	34,8	<0,001
25-29	1222	37,9	
30-39	929	38,5	
40-49	161	42,9	
50 et plus	19	52,6	
<hr/>			
Moins de 25 ans	2453	32,9	<0,001
25 ans et plus	2331	38,6	
Scolarisé			
Oui	3577	38,2	<0,001
Non	1207	28,2	
<hr/>			
Statut matrimonial			
Célibataire	3712	36,7	
En union monogame	422	30,1	0,02
En union polygame	55	23,6	
Séparée/divorcée	529	34,0	
Veuve	66	37,9	
<hr/>			
Affilié association			
Oui	480	36,0	0,8
Non	4304	35,6	

On observe que la proportion de PS ayant une bonne connaissance des moyens de prévention du VIH et rejetant les idées fausses varie fonction de la région et est globalement faible dans toutes les régions sauf au centre Ouest (61%) et au Sud-Ouest (58,8%).

La proportion de PS ayant une bonne connaissance des moyens de prévention du VIH et rejetant les idées fausses est statistiquement plus élevée chez les PS:

- âgées de plus de 25 ans
- scolarisés

La proportion de PS ayant une bonne connaissance des moyens de prévention du VIH et rejetant les idées fausses varie en fonction du statut matrimonial.

6.1.5 Dépistage VIH et démarche de soins

6.1.5.1 Comportements relatifs au dépistage VIH

Sur les 4784 PS, 4095 soit 85,6%, ont affirmé avoir déjà bénéficié du test de dépistage du VIH au cours de leur vie. Bien que faible, on observe tout de même, 14,4% de séro-ignorance primaire.

Pour ce type de population, les efforts doivent être conjugués pour atteindre 100%.

Au cours des 12 derniers mois, 74,7% des PS enquêtées ont déclaré avoir fait l'objet d'un test de dépistage du VIH.. En considérant tout l'échantillon, on a observé que 73,6% ont affirmé avoir à a fois fait le test et reçu les résultats.

6.1.5.2 Déterminants comportements relatifs au dépistage VIH

Le tableau 22 donne la répartition des PS de l'échantillon selon les déterminants des comportements relatifs au dépistage VIH.

Tableau 22 : Déterminants des comportements relatifs au dépistage VIH

	Effectifs	% Testées au cours 12 derniers mois et résultat connu	p
Régions			
Boucle du Mouhoun	324	74,4	
Cascades	111	81,1	
Centre	1334	69,6	
Centre-Est	377	75,6	<0,001
Centre-Nord	202	72,8	
Centre-Ouest	164	86,0	
Centre-Sud	116	72,4	
Est	321	79,8	
Hauts bassins	1081	71,7	
Nord	222	73,4	
Plateau central	187	70,1	
Sahel	170	88,8	
Sud-Ouest	165	72,1	
Age			
13-19	694	54,8	
20-24	1759	73,1	<0,001
25-29	1222	80	
30-39	929	79,9	
40-49	161	80,1	
50 et plus	19	73,7	

	Effectifs	% Testées au cours 12 derniers mois et résultat connu	p
Moins de 25 ans	2453	67,9	<0,001
25 ans et plus	2331	79,5	
Bonne connaissance			
Oui	1706	77,8	<0,001
Non	3078	71,2	
Discrimination			
Oui	2354	68,5	<0,001
Non	2430	78,4	
Touchées programme			
Oui	3259	86,1	<0,001
Non	1525	46,8	
Mobilité inter ville			
Oui	1260	78,3	<0,001
Non	3524	71,9	
Mobilité inter sur site orpillage			
Oui	623	79,9	<0,001
Non	4161	72,6	
Mobilité inter pays			
Oui	465	80	0,001
Non	4319	72,9	
Affiliée			
Oui	480	81,9	<0,001
Non	4304	72,6	
Utilisation préservatif à chaque rapport sexuel avec client mois			
Oui	4446	74,7	<0,001
Non	338	58,6	
Utilisation préservatif lors dernier rapport sexuel avec client			
Oui	4447	74,7	<0,001
Non	337	59,1	

On observe que la proportion des PS ayant été testée pour le VIH au cours 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat varie en fonction de la région.

Cette proportion est statistiquement plus élevée chez les PS :

- Agées de plus de 25 ans
- Ayant une bonne connaissance des moyens de prévention

- N'ayant pas d'attitudes discriminatoires vis-à-vis des PVVIH
- Touchées par les programmes
- Ayant une mobilité (inter-urbaine, inter-pays et vers sites d'orpaillage)
- Ayant utilisé le préservatif lors dernier rapport sexuel avec un client payant

6.1.5.3 Démarche de soins en cas d'infection par le VIH

Sur les PS enquêtées, 1,6% (76/4784) ont déclaré être sous traitement ARV contre le VIH.

Au-delà du VIH, pour les questions de santé, 46,5% des PS (2224/4784) ont déclaré bénéficier d'un suivi médical dans le cadre de leur activité de PS. Le tableau 22 indique les différents centres de suivi.

Tableau 22 : Centres de santé assurant le suivi médical des PS

	Effectifs	Pourcentages
Type de centre de suivi		
Formation sanitaire publique	1464	65,8
Dispensaire d'association	554	24,9
Centre de santé Privé/confessionnel	206	9,3

La démarche de soins est parfois améliorée au sein des regroupements associatifs. Sur les PS enquêtées, seule 10% (480/4784) ont affirmé être affiliée à une association de PS.

6.1.6 Attitudes, pratiques et comportements discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH

6.1.6.1 Situation de la discrimination au sein des PS

Parmi les PS enquêtées, certaines développent des attitudes, pratiques et comportements discriminatoire vis-à-vis des personnes infectées par le VIH. De telles attitudes peuvent à la fois influencer leur comportement en termes de prévention et de recours aux soins.

Le tableau 23 suivant indique les proportions de PS ayant répondu « non », considéré comme discriminant, à quatre situations.

Tableau 23: Pourcentage de PS ayant une attitude discriminante dans 04 situations

Questions	%
Pourcentage de PS ayant répondu « non » à la question : A votre avis, si un élève/étudiant est infecté par le VIH est ce qu'on doit lui permettre de continuer d'aller à l'école ?	21
Pourcentage de PS ayant répondu « non » à la question : A votre avis, si un de vos proches était infecté par le VIH ou malade du SIDA, seriez-vous prêt à le soigner dans votre foyer ?	15,7
Pourcentage de PS ayant répondu « non » à la question : A votre avis, si un enseignant est infecté par le VIH est-ce qu'il doit continuer à enseigner à l'école ?	21,6
Pourcentage de PS ayant répondu « non » à la question : A votre avis, si vous saviez qu'un boutiquier ou vendeur de repas était infecté par le VIH, continuerez-vous à acheter la nourriture chez lui ?	42,4

Pris individuellement, selon la situation, la proportion de PS ayant des attitudes discriminantes varie de 15 % à 42%. En considérant au moins une réponse négative à l'un des quatre situations, on observe que 49,2% des PS (23574/4784) ont présenté une attitude discriminatoire à l'encontre de personnes vivant avec le VIH.

6.1.6.2 Déterminants de la discrimination au sein des PS

Le tableau 24 donne la répartition des PS selon les déterminants de la discrimination au sein de l'échantillon

Tableau 24 : Déterminants de la discrimination au sein des PS enquêtées

	Effectifs	% discrimination	p
Régions			
Boucle du Mouhoun	324	59,3	
Cascades	111	54,1	
Centre	1334	46,6	
Centre-Est	377	64,2	
Centre-Nord	202	68,8	
Centre-Ouest	164	23,2	<0,001
Centre-Sud	116	59,5	
Est	321	72,9	
Hauts bassins	1081	41,3	
Nord	222	32,4	
Plateau central	187	68,5	
Sahel	170	46,5	
Sud-Ouest	165	15,8	
Age			
13-19	694	63,3	
20-24	1759	51,3	<0,001
25-29	1222	44,7	
30-39	929	41,8	
40-49	161	42,2	
50 et plus	19	57,9	
Moins de 25 ans	2453	54,7	
25 ans et plus	2331	43,5	<0,001
Bonne connaissance			
Oui	1706	32,1	<0,001
Non	3078	58,7	
Touchées par les programmes			
Oui	3259	45,1	<0,001
Non	1525	57,9	

Le pourcentage de PS ayant montré des attitudes discriminatoires vis-à-vis de PVVI H variait en fonction des régions

La proportion de PS ayant montré des attitudes discriminatoires vis-à-vis de PVVI H était statistiquement plus élevé chez les PS âgés de moins de 25 ans ; chez celles n'ayant pas une bonne connaissance et chez celles n'ayant pas été touchées par les programmes.

6.1.7 Exposition aux interventions de prévention et de prise en charge

6.1.7.1 PS touchées par les programmes

Les PS enquêtées affirmaient savoir où s'adresser pour le dépistage du VIH dans 87,4% (4183/4784).

Au cours des 12 derniers mois, 73,9% (3534/4784) affirmaient avoir reçu gratuitement des préservatifs.

91,2% (4364/4784) déclaraient avoir accès aux préservatifs quand elles en ont besoin.

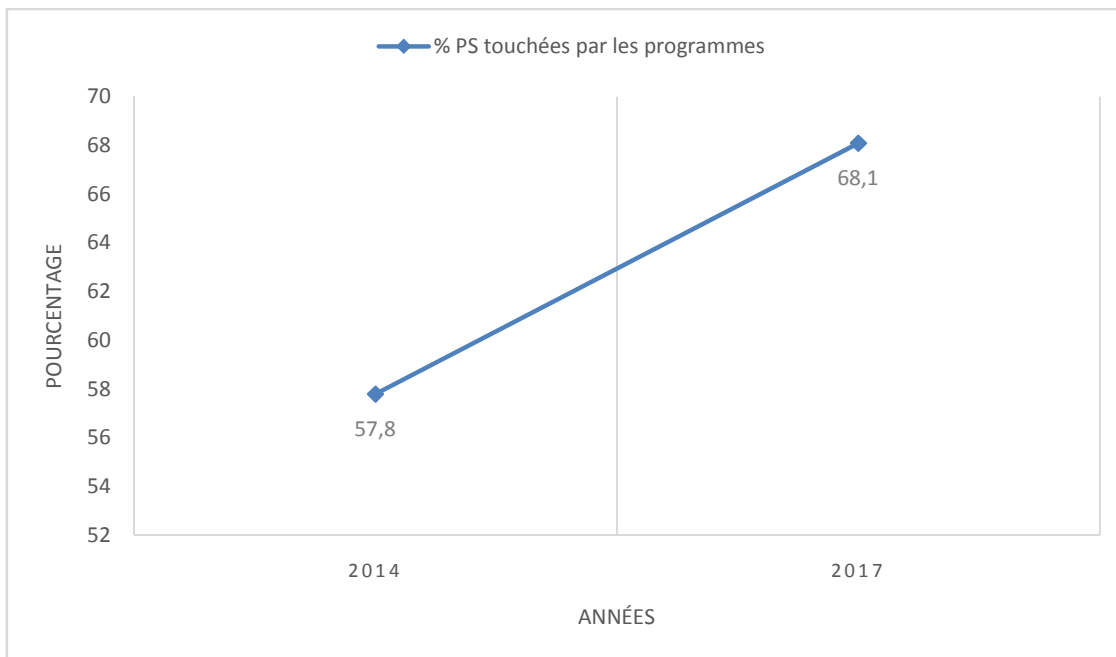
Au total, 68,1% (3259/4784) avaient été touchées, c'est-à-dire ayant, au cours des 12 derniers mois savaient où s'adresser pour le dépistage du VIH et avaient reçu gratuitement des préservatifs par les programmes de prévention.

Au cours des 12 derniers mois, 67,1% des PS (3211/4784), affirmaient avoir bénéficié de sensibilisation/ccc sur le VIH/SIDA et 34,6% (1654/4784) ont pris part à une activité de lutte contre le VIH.

6.1.7.2 Evolution de la couverture des PS par les programmes

La figure 3 montre l'évolution de la proportion de PS touchées par les programmes dans le temps.

Figure 3 : Evolution de la proportion de PS touchées par les programmes dans le temps



On observe une évolution positive de la couverture des PS par les programmes de prévention entre 2014 et 2017.

6.1.7.3 Déterminants de couverture par les programmes

Le tableau 25 donne la répartition des PS enquêtées selon les déterminants de la couverture des PS par les programmes de prévention du VIH

Tableau 25 : Déterminants de la couverture des PS par les programmes de prévention du VIH

	Effectifs	% de PS Touchée par les programmes	p
Région			
Boucle du Mouhoun	324	70,7	
Cascades	111	71,2	
Centre	1334	63,6	
Centre-Est	377	62,6	
Centre-Nord	202	79,7	<0,001
Centre-Ouest	164	78,7	
Centre-Sud	116	69,8	
Est	321	71,3	
Hauts bassins	1081	70,4	
Nord	222	76,6	
Plateau central	187	62,9	
Sahel	170	74,7	
Sud-Ouest	165	50,9	
Age			
13-19	694	51,2	<0,001
20-24	1759	68,0	
25-29	1222	73,8	
30-39	929	72,4	
40-49	161	74,5	
50 et plus	19	68,4	
Moins de 25 ans	2453	63,2	<0,001
25 ans et plus	2331	73,3	
Statut matrimonial			
Célibataire	3712	67,9	
En union monogame	422	67,5	0,8
En union polygame	55	69,1	
Séparée/divorcée	529	70,3	
Veuve	66	65,2	
Mobilité inter-ville			
Oui	1260	73,7	<0,001
Non	3534	66,1	

Mobilité site orpillage			
Oui	623	75,4	<0,001
Non	4161	67	
Mobilité pays-pays			
Oui	465	73,1	0,01
Non	4319	67,6	
Affilié association			
Oui	480	79,2	<0,001
Non	4304	66,9	

On observe que la proportion des PS Touchée par les programmes varie en fonction de la région.

Cette proportion est statistiquement plus élevée chez les PS :

- Agées de plus de 25 ans
- Ayant une mobilité (inter-urbaine, inter-pays et vers sites d'orpillage)
- Affiliées à une association de PS

6.1.8 IST

6.1.8.1 Importance

Au cours des 12 derniers mois, 33,1% (1584/4784) des PS ont déclaré avoir présenté une IST. Parmi celle qui ont déclaré une IST, 70,2% (1112/4784) ont affirmé avoir eu recours à des soins.

6.1.8.2 Déterminants IST

Le tableau 26 représente les déterminants des IST chez les PS de l'échantillon.

Tableau 26 : Déterminant des IST chez les PS enquêtées

	Effectifs	% IST	p
Régions			
Boucle du Mouhoun	324	24,4	<0,001
Cascades	111	28,8	
Centre	1334	34,1	
Centre-Est	377	33,4	
Centre-Nord	202	38,1	
Centre-Ouest	164	14,6	
Centre-Sud	116	17,2	
Est	321	17,1	
Hauts bassins	1081	40,2	
Nord	222	31,5	
Plateau central	187	43,7	
Sahel	170	45,9	

	Effectifs	% IST	p
Sud-Ouest	165	28,5	
Age			
13-19	694	33,6	
20-24	1759	34,2	
25-29	1222	30,9	<0,001
30-39	929	34,2	
40-49	161	28,0	
50 et plus	19	42,1	
Moins de 25 ans	2453	34,0	<0,001
25 ans et plus	2331	32,1	
Bonne connaissance			<0,001
Oui	3259	32,9	
Non	1525	33,5	
Touchées par les programmes			
Oui	1706	28,1	<0,001
Non	3078	35,9	

On observe que la proportion des PS ayant déclaré une IST au cours des 12 derniers mois varie en fonction de la région. Cette proportion est statistiquement plus élevée chez les PS :

- âgées de moins de 25 ans
- n'ayant pas une bonne connaissance des moyens de prévention
- n'ayant pas été touchées par les programme

6.1.9 Taille des populations de PS

6.1.9.1 Nombre de site PS par province

Le tableau 27 donne le. Il s'agit des sites où il a été possible de rencontrer

Tableau 27 : nombre de sites PS par province

Province	Nombre sites validés
Bale	5
Bam	5
Banwa	2
Bazega	4
Bougouriba	3
Boulgou	28
Boulkiemde	31
Comoe	18
Ganzourgou	29
Gnagna	18
Gourma	32
Houet	116
Ioba	7
Kadiogo	284
Kenedougou	11
Komandjoari	6
Kompiega	15
Kossi	4
Kouritenga	35
Kourpelogo	10
Kourweogo	6
Leraba	5
Loroum	4
Mouhoun	3
Nahouri	13
Namentenga	9
Nayala	1
Noumbiel	7
Oubritenga	13
Oudalan	20
Passore	2
Poni	7
Sangie	15
Sanmentenga	42

Sissili	40
Soum	6
Sourou	7
Tapoa	26
Tuy	13
Yagha	10
Yatenga	20
Zandoma	6
Ziro	4
Zoundweogo	6

Dans chaque région, seuls les sites où il a été possible de rencontrer des PS qui se reconnaissent comme tel.

Il existe des sites dans chaque province.

6.1.9.2 Nombre de PS par province

Le tableau indique les tailles des PS dans chaque province du Burkina Faso eu moment de l'enquête

Tableau 28 : taille des PS par province

Province	Taille Minimum	Taille	Taille Maximum
Bale	55	78	102
Bam	56	124	192
Banwa	10	26	30
Bazega	16	37	58
Bougouriba	3	52	42
Boulgou	363	487	612
Boulkiemde	737	824	911
Comoe	465	714	963
Ganzourgou	402	597	792
Gnagna	135	176	217
Gourma	673	1 065	1 457
Houet	1 136	1 318	1 500
Ioba	8	78	148
Kadiogo	8 597	9 335	10 073
Kenedougou	65	112	159
Komandjoari	24	54	84
Kompiega	140	192	244
Kossi	39	60	81

Kouritenga	337	406	475
Kourpelogo	174	234	294
Kourweogo	4	90	176
Leraba	14	17	20
Loroum	29	45	61
Mouhoun	14	38	90
Nahouri	92	124	156
Namentenga	64	79	94
Nayala	-	-	-
Noumbiel	38	177	316
Oubritenga	257	345	433
Oudalan	236	373	510
Passore	20	25	100
Poni	56	122	188
Sangie	117	136	166
Sanmentenga	622	821	1 020
Sissili	1 279	1 445	1 611
Soum	51	135	219
Sourou	34	59	84
Tapoa	473	748	1 023
Tuy	170	261	353
Yagha	33	46	59
Yatenga	280	336	392
Zandoma	6	90	174
Ziro	46	66	86
Zoundweogo	71	94	117
Burkina Faso	17 440	21 641	25 881

6.1.10 Cartographie programmatique chez les PS

Le tableau 29 indique les services/interventions disponible au niveau des sites PS par province

Tableau 29 : services/interventions disponible au niveau des sites PS par province

Région	% de sites avec rapports sexuels sur place	% de rapports sexuels dans les chambres	% de sites avec un responsable de site connu	% de sites où les PS utilisent internet (réseaux sociaux) pour rencontrer des clients	% de sites avec offre régulière de prévention sur le site (sensibilisation)	% de sites où il y'a eu déjà une offre de dépistage du VIH	% de sites où il y'a déjà eu distribution gratuite de préservatifs	Disponibilité du préservatif sur le site les 06 derniers mois			% de sites avec visite des pairs éducateurs	% de sites avec offre de prise en charge clinique du VIH
								Toujours	Quelque fois	Jamais		
Boucle du Mouhoun	61,5	51,1	78,6	21,4	64,3	64,3	50	21,4	50	28,5	50	14,3
Cascades	63,6	63,6	45,5	27,3	90,9	81,8	72,7	45,5	45,5	9,1	72,7	9,1
Centre	52,7	38,3	41,9	38,3	56,3	50,3	49,1	34,7	45,5	19,8	42,5	10,8
Centre-Est	61,2	61,2	2	10,2	55,1	53,1	51	24,5	46,9	28,6	51	0
Centre-Nord	44	30	6	2	72	54	52	58	24	18	46	10
Centre-Ouest	63	53,7	40	13	55,6	50	59,3	22,2	68,5	7,4	55,6	0
Centre-Sud	47,1	47,1	11,8	17,6	58,8	52,9	52,9	23,5	35,3	41,2	52,9	29,4
Est	38,9	38,9	8,3	2,8	62,5	56,9	59,7	31,9	48,6	19,4	25	0

Hauts-bassins	66,7	66,7	18,6	38,2	62,7	62,7	57,8	54,9	29,4	15,7	55,9	11,8
Nord	63,6	63,6	40,9	59,1	77,3	77,3	77,3	68,2	27,3	4,5	81,8	4,5
Plateau central	55,2	55,2	27,6	31	41,4	51,7	51,7	34,5	31	34,5	31	3,4
Sahel	76,5	52,9	47,1	11,8	11,8	5,9	11,8	41,2	41,2	17,6	0	0
Sud-ouest	100	100	25	25	75	62,5	62,5	43,8	18,8	37,5	37,5	0

Ces résultats permettront, dans région, aux acteurs de terrain de mieux planifier les interventions. Les besoins non couverts sont importants pour tous les paquets d'activité. Le déficit majeur est l'offre de prise en charge par les ARV dont l'offre est faible.

6.2 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

6.2.1 Caractéristiques

6.2.1.1 Répartition des HSH enquêtés selon les régions

Le tableau 30 présente la répartition des HSH de l'échantillon selon les régions.

Tableau 30: Répartition des HSH enquêtés selon les régions

	Effectifs	Pourcentages
Région		
Boucle du Mouhoun	3	0,5
Cascades	60	10,1
Centre	276	46,6
Centre-Est	25	4,2
Centre-Ouest	11	1,9
Hauts Bassins	206	34,8
Nord	11	1,9

Les plus grands échantillons de HSH étaient retrouvés dans les régions du centre et des Hauts-bassins. C'est dans ces grandes villes que se concentre l'essentiel des HSH du pays.

Le tableau 31 donne la répartition des HSH enquêtés selon les provinces.

Tableau 31 : Répartition des HSH enquêtés selon les provinces

	Effectifs	Pourcentages
Provinces		
Yatenga	11	1,9
Kadiogo	276	46,6
Boulgou	25	4,2
Boulkiemdé	11	1,9
Houet	206	34,8
Mouhoun	3	0,5
Comoé	60	10,1

6.2.1.2 Age des HSH enquêtés

L'âge moyen des HSH était de 23,02 avec des extrêmes de 14 et 44 ans (ET=4,64).
Le tableau 32 donne la répartition des HSH de l'échantillon selon les groupes d'âge.

Tableau 32 : Répartition des HSH enquêtés selon les groupes d'âge

	Effectifs	Pourcentages
Groupes d'âge (ans)		
14-19	126	21,3
20-24	295	49,8
25-29	115	19,4
30-39	50	8,4
40-49	6	1
Moins de 25 ans	421	71,1
25 ans et plus	171	28,9

La classe d'âge de 20 à 24 ans était la plus représentée dans une proportion de 49,8% et 7 HSH sur 10 avaient moins de 25 ans.

6.2.1.3 Orientation sexuelle des HSH enquêtés et situation relationnelle

Le tableau 33 donne la répartition des HSH de l'échantillon selon leur orientation sexuelle.

Tableau 33 : Répartition des HSH enquêtés selon leur orientation sexuelle

	Effectifs	Pourcentages
Orientation sexuelle		
Bisexuel	422	71,3
Homosexuel	170	28,7

Les HSH enquêtés ont affirmé avoir une orientation bisexuelle pour 71,3% et seulement 1/3 s'assumaient homosexuels uniquement. Du fait l'intolérance sociale et des discriminations auxquelles ils font face, la plupart des HSH préfèrent mener une « double vie », c'est-à-dire avoir

une partenaire sexuelle ou une compagne tout en entretenant des rapports sexuels avec des hommes.

6.2.1.4 Durée dans la pratique « HSH »

La durée moyenne de la pratique sexuelle en tant que HSH était de 3,62 ans avec des extrêmes de moins de 1 an et de 22 ans. Le tableau 34 représente la répartition des HSH de l'échantillon selon la durée de leur pratique sexuelle en tant que HSH.

Tableau 34 : Répartition des HSH enquêtés selon la durée de leur pratique sexuelle en tant que HSH

	Effectifs	Pourcentages
Durée		
Moins d' 1 an	47	7,9
1-4 ans	391	66
5-9 ans	114	19,3
10 ans et plus	40	6,8

Plus de 2/3 des HSH enquêtés soit 66% ont affirmé avoir une activité sexuelle en tant que HSH depuis une période de 1 à 4 ans.

6.2.1.5 Statut matrimonial des HSH enquêtés

Le tableau 35 donne la répartition des HSH enquêtés selon leur statut matrimonial.

Tableau 35: Répartition des HSH enquêtés selon leur statut matrimonial

	Effectifs	Pourcentages(%)
Statut matrimonial		
Célibataire	563	95,1
En union monogamme	28	4,7
En union polygame	1	0,2

Plus de 9 HSH sur 10 ont affirmé être célibataire.

Parmi les HSH enquêtés, 438 soit 74% affirmaient avoir une petite amie avec laquelle ils avaient des rapports sexuels et 468 soit 79,1% affirmaient avoir un compagnon HSH fixe.

Parmi les HSH enquêtés, 59 soit 10% affirmaient avoir des enfants.

6.2.1.6 Scolarisation

Les HSH ayant été scolarisés à l'école moderne représentaient une proportion de 96,8%.

Le tableau 36 suivant donne la répartition des HSH enquêtés selon le niveau d'étude atteint.

Tableau 36 : Répartition des HSH enquêtés selon le niveau d'étude atteint

	Effectifs	Pourcentages
Niveau d'étude atteint		
Non scolarisés	19	3,2
Primaire	41	6,9
Secondaire 1 ^{er} cycle	212	35,8
Secondaire 2 ^e cycle	199	33,6
Supérieur	121	20,4

Près de 9 HSH sur 10 avaient atteint au moins le niveau d'étude secondaire du 1^{er} cycle. Cela pourrait impliquer de meilleures capacités de compréhension des risques liés au VIH et de l'importance des mesures préventives.

6.2.1.7 Occupation des HSH enquêtés

Les HSH qui avaient une occupation génératrice de revenu représentaient une proportion de 198/592, soit 33,4% des HSH enquêtés.

6.2.1.8 Nationalité des HSH enquêtés

Le tableau 37 montre la répartition des HSH selon leur nationalité.

Tableau 37 : Répartition des HSH enquêtés selon leur nationalité

	Effectifs	Pourcentages
Nationalité		
Burkinabé	564	95,3
Béninoise	1	0,17
Camerounaise	1	0,17
Ghanéenne	2	0,34
Ivoirienne	14	2,4
Maliennne	6	1,01
Nigérienne	2	0,34
Sénégalaise	1	0,17
Togolaise	1	0,17

La majorité des HSH enquêtés étaient des nationaux, en témoigne la proportion de 95,3% de Burkinabé. Puis, viennent les ivoiriens (2,4%), les Ghanéen(0,34%) et les Nigériens (0,34%).

6.2.1.9 Sites de rencontre potentiels rapportés par les HSH

Le tableau 38 donne la répartition des HSH selon les types de site de rencontre avec d'autres HSH.

Tableau 38 : Sites de rencontre des HSH

	Effectifs	Pourcentages
Sites de rencontre rapportés		
Bar maquis buvette	403	68,07
Domicile	276	46,62
Grin reseaux	218	36,82
Kiosque	34	5,74
Night-club boîte nuit	87	14,70
Auberge hôtel motel	112	18,92
Restaurant fast-food	26	4,39
Rue parcs jardins sites touristiques	112	18,92
Ecole université	64	10,81
Evènements socio-culturel et sportif	55	9,29
Salle sport	13	2,20
Autres (appel ou internet etc)	19	3,21

Les bar-maquis-buvette, les domiciles et les grin réseaux sont les types de sites de rencontre les plus fréquents des HSH avec des proportions respectives de 68,07%, 46,62% et de 36,82%.

6.2.1.10 Appartenance religieuse rapportée par les HSH enquêtés

Le tableau 39 suivant donne la répartition des HSH de l'échantillon selon leur appartenance religieuse rapportée.

Tableau 39 : Répartition des HSH enquêtés selon leur religion

	Effectifs	Pourcentages
Religion		
Musulmane	336	56,8
Chrétienne	247	41,7
Animiste	3	0,5
Pas de religion	4	0,7
Autre	2	0,3

Tout comme chez les PS, le fait d'être HSH n'est pas incompatible avec une appartenance religieuse assumée. Cette appartenance accentue la clandestinité pour ne pas être confronté à des attitudes discriminantes voire à des violences.

6.2.1.11 Mobilité des HSH enquêtés

Parmi les HSH enquêtés, 194/592 soit 32,8% affirmaient se déplacer vers d'autres villes du Burkina pour y rencontrer des partenaires HSH.

Parmi les HSH enquêtés, 123/592, soit 20,8% affirmaient se déplacer vers d'autres pays que le Burkina pour y rencontrer des partenaires HSH.

6.2.1.12 Milieux sociaux des HSH

Le tableau 40 donne la répartition des HSH enquêtés selon leurs milieux sociaux.

Tableau 40 : Répartition des HSH enquêtés selon leurs milieux sociaux

	Effectifs	Pourcentages
Milieux sociaux HSH		
Commerçants	283	47,8
Elèves étudiants	441	74,49
Agents secteurs public et privé	121	20,44
Forces de Défenses et de Sécurité	47	7,94

Touristes ONG	107	18,08
Artistes musiciens mannequins	91	15,37

Les $\frac{3}{4}$ des HSH étaient des élèves et étudiants. Cependant les HSH se rencontraient dans divers milieux sociaux dont la particularité est la fréquence du contact et des échanges interpersonnels.

6.2.1.13 Consommation d'alcool et de drogue

Parmi les HSH enquêtés, 406/592 68,6% affirmaient consommer de l'alcool et 127/592 21,5% affirmaient avoir déjà consommé de la drogue.

Le tableau 41 donne la répartition des HSH de l'échantillon selon le type de drogue consommé par ceux qui ont déclaré en avoir déjà consommé. Il faut noter que plusieurs types de drogues peuvent avoir été consommés par les HSH.

Tableau 41: Type de drogue consommé par les HSH enquêtés

Type de drogue	Effectifs	Pourcentages
Chanvre indien (herbe ou cannabis)	103	81,1
Amphétamines	6	4,72
Cocaine	19	14,96
Héroïne	6	4,72
Autre	7	5,51
NSP	5	3,94

La drogue la plus consommée était le chanvre indien dans 81,1% des cas.

6.2.2 Séroprévalence du VIH et facteurs associés

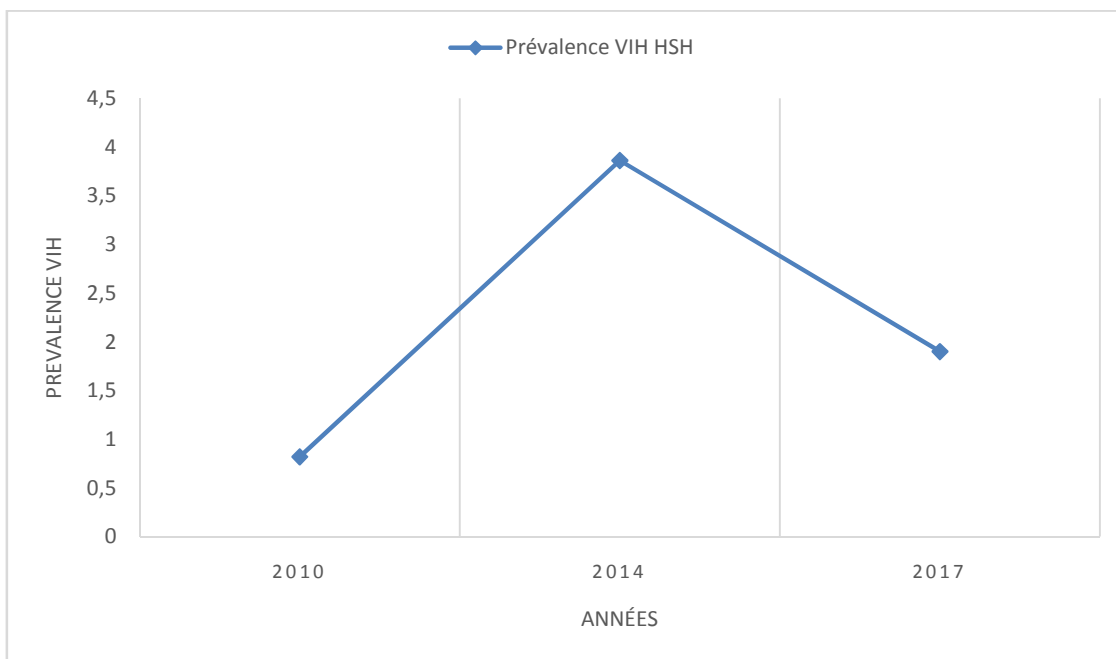
6.2.2.1 Séroprévalence

La prévalence du VIH chez les HSH était de 1,9% (11/592) dont 100% de VIH1.

6.2.2.2 Evolution de la prévalence chez les HSH

La figure 4 donne l'évolution de la prévalence du VIH chez les HSH

Figure 4 : Evolution de la prévalence du VIH chez les HSH



6.2.2.3 Facteurs associés

Le tableau 42 indique la proportion de VIH+ chez les HSH selon certaines variables.

Tableau 42 : Facteurs associés à la prévalence du VIH

	Effectif	% de VH positifs	p
Région			
Boucle du Mouhoun	3	0	
Cascades	60	3,3	
Centre	276	1,4	N.A
Centre-Est	25	0	
Centre-Ouest	11	9,1	
Hauts Bassins	206	1,9	
Nord	11	0	
Age			
14-19 ans	126	0	
20-24 ans	295	1,7	N.A
25-29 ans	115	2,0	
30-39 ans	50	4,0	
40-49 ans	6	16,7	
Age			
Moins de 25 ans	421	1,2	0,08
25 ans et plus	171	3,5	
Orientation sexuelle			
Bisexuel	422	1,2	0,05
Homosexuel	170	3,5	
Statut matrimonial			
Célibataire	563	1,7	0,2
En union	29	3,4	
Compagnon HSH fixe			
Oui	468	1,7	0,7
Non	124	2,4	
Scolarisé			
Oui	573	1,9	N.A
Non	19	0	
Occupation source financière			
Oui	198	1,5	0,6
Non	394	2,0	
Durée HSH			
0-4ans	438	1,1	
5-9 ans	114	1,8	<0,001
10 ans et plus	40	10	
Mobilité inter-ville			

Oui	194	3,1	0,1
Non	398	1,3	
Mobilité inter pays			
Oui	123	3,3	0,2
Non	469	1,5	
Rapports sexuels annaux pour argent			
Oui	156	1,9	1
Non	436	1,8	
Plusieurs partenaires HSH			
Oui	313	2,0	0,6
Non	279	1,5	
Utilisation préservation à chaque rapport sexuel avec un homme			
Oui	514	1,8	0,6
Non	78	2,6	
Utilisation préservation lors dernier rapport sexuel annal			
Oui	516	1,9	0,7
Non	76	1,3	
Bonne connaissance			
Oui	333	2,7	0,08
Non	259	0,8	
IST			
Oui	73	1,4	0,7
Non	519	1,9	

La proportion de VIH+ varie en fonction de la durée de l'expérience comme HSH, est statistiquement plus élevée chez les homosexuels.

Bien que non statistiquement différent, la prévalence du VIH est plus élevée chez HSH âgé de plus de 25 ans.

Bien que non significatif, la prévalence du VIH chez les HSH est plus élevée chez ceux :

- en union (avec une femme)
- n'ayant pas un compagnon HSH fixe
- mobile (inter-ubain ou pays)
- ayant plusieurs partenaires HSH

6.2.3 Comportements sexuels, utilisation du préservatif et leurs déterminants

6.2.3.1 Comportements sexuels

Orientation sexuelle des HSH enquêtés

Le tableau 43 donne la répartition des HSH de l'échantillon selon orientation sexuelle.

Tableau 43 : Répartition des HSH enquêtés selon leur orientation sexuelle

	Effectifs	Pourcentages
Orientation sexuelle		
Bisexuel	422	71,3
Homosexuel	170	28,7

Les HSH de l'échantillon ont affirmés avoir une orientation bisexuelle dans une proportion de 71,3% et seulement 1/3 s'assumaient homosexuels.

Expérience sexuelle en tant que HSH

La durée moyenne de la pratique sexuelle en tant que HSH est de 3,62 ans avec extrêmes de moins d'un an à 22 ans (ET=3,38). L'âge moyen du premier rapport sexuel vaginal est de 13,86 ans (ET=7,17). L'âge moyen du premier rapport sexuel annal avec un homme est de 19,40 ans avec des extrêmes de 10 et 43 ans (ET=3,95). Parmi les HSH enquêtés, 7,6% avaient eu leur premier rapport sexuel avec des hommes avant l'âge de 15 ans.

Sexualité des HSH enquêtés

Le tableau 44 suivant donne la répartition des HSH enquêtés selon leurs comportements sexuels.

Tableau 44 : Répartition des HSH enquêtés selon leurs comportements sexuels (n=592)

Comportement sexuels	Pourcentages
% de HSH ayant eu des rapports sexuels annaux au cours des 6 derniers mois	75,5
% de HSH ayant déjà eu des rapports sexuels pour de l'argent	26,4
% de HSH ayant des partenaires sexuels multiples de sexe masculin	52,9

% de HSH ayant eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	66
---	----

Près de 1/3 des HSH de l'échantillon affirment avoir déjà eu des rapports sexuels pour de l'argent.

6.2.3.2 Utilisation du préservatif

Le tableau 45 donne la répartition des HSH selon leur utilisation du préservatif.

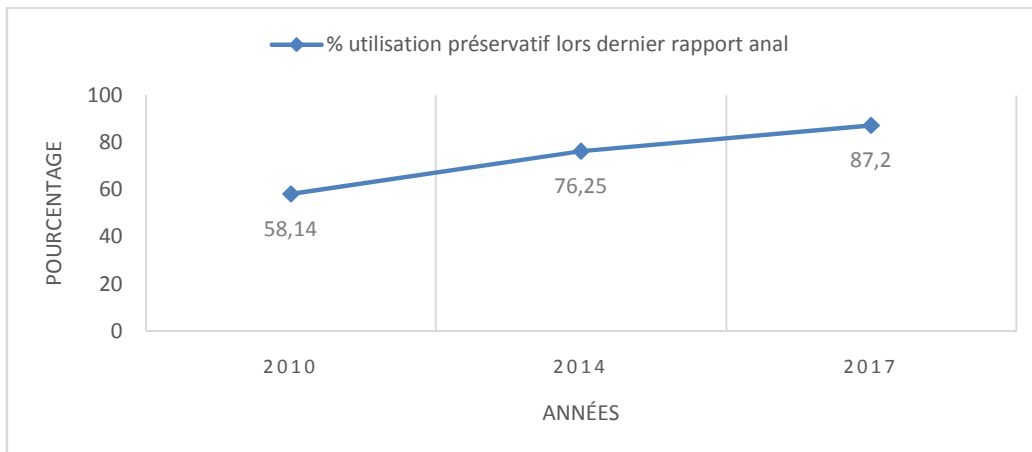
Tableau 45 : Utilisation du préservatif par les HSH enquêtés

Utilisation du préservatif	Pourcentages
% de HSH ayant utilisé un préservatif masculin à chaque rapport sexuel anal	86,8
% de HSH ayant déjà eu un rapport sexuel anal sans utiliser le préservatif	54,9
% de HSH qui utilisent un lubrifiant au moment des rapports sexuels anaux	82,9
% de HSH ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel annal	87,2
% de HSH ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (homme ou femme)	85

6.2.3.3 Changement de comportements sexuels

La figure 5 donne l'évolution temporelle de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport annal chez les HSH

Figure 5 : évolution temporelle de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport annal chez les HSH



6.2.4 Connaissances des modes de transmission et les moyens de prévenir le VIH

6.2.4.1 Niveau de connaissance

Le tableau 46 donne la répartition des HSH enquêtés selon leur niveau de connaissance sur le VIH, c'est-à-dire la connaissance des moyen de prévention et le rejet des idées fausses.

Tableau 46 : Répartition des HSH selon leur niveau de connaissance sur le VIH

Questions	Effectifs	Pourcentages
Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatif lors des rapports sexuels=Oui	553	93,4
Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté=Oui	534	90,2
Une personne paraissant en bonne santé peut-être séropositive=Oui	555	93,8
Une piqure de moustique peut-elle transmettre le VIH=Non	483	81,6
Peut-on attraper le virus du SIDA en partageant un repas avec une personne séropositives =Non	455	76,9

Parmi les HSH enquêtés, 33/592 soit 56,3% avaient de bonnes connaissances concernant le VIH et ont rejetés les idées fausses.

6.2.5 Dépistage VIH et à la démarche de soins

6.2.5.1 Comportements relatifs au dépistage VIH

Des HSH enquêtés, 463/592 soit 78,2% ont déjà fait le test du VIH dans leur vie, ainsi 21,8% demeurent séro-ignorant primaires.

Au cours des 12 derniers mois, 402/592 soit 67,9% des HSH enquêtés avaient fait l'objet d'un dépistage du VIH et 388/592 ont, à la fois, fait l'objet d'un test et reçu le résultat, soit 65,5%.

6.2.6 Attitudes, les pratiques et les comportements discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH

Le tableau 47 donne la répartition des HSH selon leurs attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH. Il indique les proportions de HSH ayant répondu « non », considéré comme discriminant, à cinq situations.

Tableau 47 : Pourcentage de HSH ayant une attitude discriminante dans 05 situations

Questions	%
Pourcentage de HSH ayant répondu « non » à la question : Partageriez-vous un repas avec quelqu'un que vous connaissez infecté par le VIH ?	18,9
Pourcentage de HSH ayant répondu « non » à la question : A votre avis, si un élève/étudiant est infecté par le VIH est ce qu'on doit lui permettre de continuer d'aller à l'école ?	7,4
Pourcentage de HSH ayant répondu « non » à la question : A votre avis, si un de vos proches était infecté par le VIH ou malade du SIDA, seriez-vous prêt à le soigner dans votre foyer ?	2,5
Pourcentage de HSH ayant répondu « non » à la question : A votre avis, si un enseignant est infecté par le VIH est-ce qu'il doit continuer à enseigner à l'école ?	7,1
Pourcentage de HSH ayant répondu « non » à la question : A votre avis, si vous saviez qu'un boutiquier ou vendeur de repas était infecté par le VIH, continuerez-vous à acheter la nourriture chez lui ?	22,3

Parmi les HSH enquêtés, 204/592 soit 34,5% avaient une attitude discriminatoire.

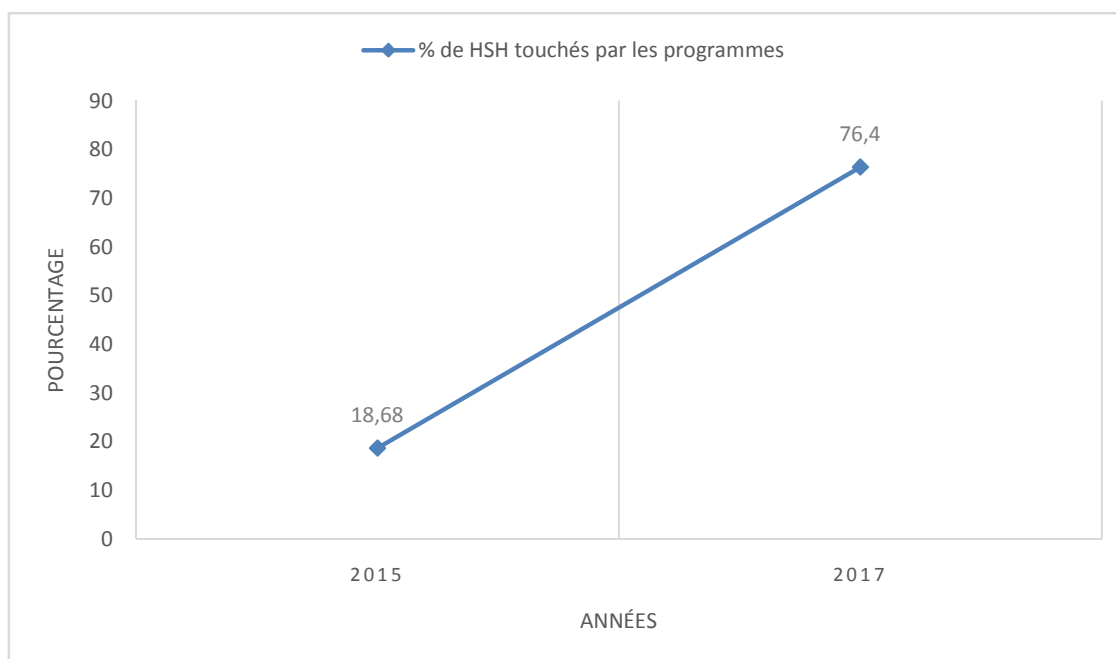
6.2.7 Exposition aux interventions de prévention et de prise en charge

Les HSH enquêtés affirmaient dans 89,4% des cas savoir où s'adresser pour le dépistage du VIH. Ils affirmaient avoir reçu gratuitement des préservatifs au cours des 12 derniers mois dans 81,6% des cas. L'accès gratuit aux lubrifiants aurait été effectif dans 73,6%.

Les programmes de préventions ont touchés 452/592, soit 76,4%.

La figure 6 indique l'évolution de la proportion de HSH touchés par les programmes.

Figure 6 : évolution de la proportion de HSH touchés par les programmes



6.2.8 IST

Parmi les HSH enquêtés, 73/592, soit 12,3% déclaraient avoir présenté une IST. Au cours des 12 derniers mois, 9% affirmaient avoir eu un écoulement urétral fétide et 7,6% d'entre eux affirmaient avoir une des plaies sur le sexe. 51/73 soit 69,9% déclaraient avoir eu recours à des soins.

6.2.9 Taille des populations de HSH

6.2.9.1 Nombre de site HSH par province

Tableau 48 : nombre de site HSH par province

Province	Nombre site validés
Bazega	1
Boulgou	1
Boulkiemde	5
Comoe	18
Houet	38
Kadiogo	113
Lorum	1
Sissili	1
Soum	4
Yatenga	4
Zandoma	3

6.2.9.2 Nombre de HSH par province

Tableau 49 : Nombre de HSH par Province

Province	Taille Minimum	Taille	Taille Maximum
Bazega	1	2	3
Boulgou	12	20	25
Boulkiemde	68	115	162
Comoe	182	228	276
Houet	269	650	1 031
Kadiogo	1 987	2 294	2 601
Lorum	1	2	3
Sissili	6	8	12
Soum	14	24	34
Yatenga	40	46	52
Zandoma	27	69	75
Burkina Faso	2 606	3 458	4 275

6.2.10 Cartographie programmatique des populations clés (localisation géographique séroprévalence-taille et interventions)

Le tableau 50 indique les services/interventions disponibles au niveau des sites HSH par province

Tableau 50 : services/interventions disponibles au niveau des sites HSH par province

Région	% de sites avec rapports sexuels sur place	% de rapports sexuels dans les chambres	% de sites avec un responsable de site connu	% de sites où les PS utilisent internet (réseaux sociaux) pour rencontrer des clients	% de sites avec offre régulière de prévention sur le site (sensibilisation)	% de sites où il y'a eu déjà une offre de dépistage du VIH	% de sites où il y'a déjà eu distribution gratuite de préservatifs	Disponibilité du préservatif sur le site les 06 derniers mois			% de sites où il y'a eu distribution gratuite de gels lubrifiants	% de sites avec visite des pairs éducateurs	% de sites avec offre de prise en charge clinique du VIH
								Toujours	Quelque fois	Jamais			
Casca des	63,2	52,6	47,4	21,1	100	100	100	78,9	21,1	0	100	100	26,3
Centre	24,6	9,8	24,6	68,9	18	19,7	29,5	13,1	44,3	42,6	23	18	4,9
Centre-Ouest	16,7	16,7	33,3	16,7	16,7	16,7	16,7	0	33,3	50	16,7	16,7	0
Hauts-bassins	33,3	23,3	86,7	26,7	80	30	73,3	60	23,3	16,7	80	80	16,7
Nord	20	0	20	20	40	40	40	40	20	40	40	40	0

6.3 Usagers de drogues (UD)

6.3.1 Caractéristiques

Répartition des UD selon la région

Le tableau 51 suivant donne la répartition des UD selon les régions.

Tableau 51 : Répartition des UD enquêtés selon les régions

Région	Effectifs	Pourcentages
Boucle du Mouhoun	30	5,1
Cascades	19	3,2
Centre	362	61,6
Centre-Ouest	1	0,2
Centre-sud	60	10,2
Hauts Bassins	116	19,7

Les plus grands échantillons d'UD étaient retrouvés dans les régions du Centre et des Haut-bassins avec des proportions respectives de 61,6% et 19,7%.

Répartition des UD selon les provinces

Le tableau 52 suivant donne la répartition des UD enquêtés selon les provinces.

Tableau 52 : Répartition des UD enquêtés selon les provinces

Provinces	Effectifs	Pourcentages
Kadiogo	362	61,6
Nahouri	60	10,2
Boulkiemde	1	0,2
Houet	116	19,7
Boucle du Mouhoun	30	5,1
Comoé	19	3,2

Le kadiogo et le Houet sont les provinces où les UD de notre échantillon sont les plus représentés.

Age des UD enquêtés

L'âge moyen des UD enquêtés était de 26,83 ans avec des extrêmes de 13 et 58 ans (ET=8,16). Le tableau 53 donne la répartition des UD selon les catégories d'âge.

Tableau 53 : Répartition des UD enquêtés selon les catégories d'âge

Catégories d'âge	Effectifs	Pourcentages
13-19 ans	100	17
20-24 ans	193	32,8
25-29 ans	113	19,2
30-39 ans	135	23
40-49 ans	34	5,8
50 ans et plus	13	2,2

La classe d'âge de 20 à 24 ans était la plus représentée avec 32,3% d'UD. Près de la moitié des UD avait moins de 25 ans.

Sexe des UD enquêtés

Les UD enquêtés étaient à majorité de sexe masculin (99,1%).

Orientation sexuelle et situation relationnelle UD enquêtés

Le tableau 54 ci-après donne la répartition des UD de l'échantillon selon leur orientation sexuelle.

Tableau 54 : Répartition des UD enquêtés selon leur orientation sexuelle

Orientation sexuelle	Effectifs	Pourcentages(%)
Hétérosexuel	541	92
Bisexuel	41	7
Homosexuel	6	1

La majorité des UD soit 92% déclaraient avoir une orientation hétérosexuelle.

Statut matrimonial des UD enquêtés

Le tableau 55 suivant donne la répartition des UD selon leur statut matrimonial.

Tableau 55 : Répartition des UD enquêtés selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentages(%)
Célibataire	449	76,4
En union monogame	115	19,6
En union polygame	12	2
Séparée/divorcée	11	1,9
Veuve	1	0,2

Les UD de l'échantillon se réclamaient célibataires dans 76,4% des cas et 42,7% affirmaient avoir des enfants.

Scolarisation des UD enquêtés

Les UD enquêtés affirmaient avoir bénéficié d'une scolarisation moderne dans 80,3% des cas. Le tableau 56 suivant donne la répartition des UD enquêtés selon le niveau de scolarisation atteint.

Tableau 56 : Répartition des UD enquêtés selon le niveau d'instruction atteint

Niveau de scolarisation atteint	Effectifs	Pourcentages
Primaire	158	33,5
Secondaire 1 ^{er} cycle	204	43,2
Secondaire 2 ^e cycle	78	16,5
Supérieur	32	6,8

Occupation

Les UD enquêtés rapportaient exercer une activité génératrice de revenu dans 69,2% des cas.

Nationalité

Le tableau 57 suivant donne la répartition des UD enquêtés selon leur nationalité.

Tableau 57 : Répartition des UD enquêtés selon leur nationalité

Nationalité	Effectifs	Pourcentages
Burkinabé	574	97,62
Française	1	0,17
Ghanéenne	1	0,17
Guinéenne	2	0,34
Ivoirienne	3	0,51
Malienne	3	0,51
Nigériane	2	0,34
Nigérienne	1	0,17
Togolaise	1	0,17

Les UD étaient majoritairement Burkinabé à 97,62% mais de nombreuses autres nationalités étaient représentées (08).

Appartenance religieuse des UD

Le tableau 58 ci-après donne la répartition des UD enquêtés selon leur appartenance religieuse.

Tableau 58 : Répartition des UD enquêtés selon leur religion

Religion	Effectifs	Pourcentages
Musulmane	334	56,9
Chrétienne	242	41,2
Animiste	9	1,5
Pas de religion	1	0,2
Autre	1	0,2

Parmi les UD enquêtés, 56,9% se réclamaient de la religion musulmane.

Expérience en tant que UD

L'âge moyen de début de consommation de la drogue était de 19,89 ans avec des extrêmes de 8 et 47 ans (ET=5,95). La durée moyenne de consommation était de 6,94 ans avec des extrêmes de moins d'un an et de 40 ans.

Les UD enquêtés déclaraient avoir peur de la consommation de la drogue injectable et 17,9% d'entre eux affirmaient connaître des consommateurs de drogue injectable. Le tableau 59 ci-après donne la répartition des UD selon la durée de consommation de la drogue.

Tableau 59 : Répartition des UD enquêtés selon la durée de consommation de la drogue

Durée de consommation	Effectifs	Pourcentages(%)
Moins d'un an	25	4,3
1-4 ans	237	40,3
5-9 ans	170	28,9
10-14 ans	79	13,4
15 ans et plus	77	13,1

Type de drogue consommé

Le tableau 60 suivant donne la répartition des UD enquêtés selon le type de drogue consommée.

Les UD peuvent associer la consommation de plusieurs drogues.

Tableau 60 : Répartition des UD enquêtés selon le type de drogue consommée

Type de drogue	Effectifs	Pourcentages
Chanvre indien	477	81,12
Amphétamines	19	3,23
Cocaine	18	3,06
Héroïne	15	2,55
Crack	9	1,53
Opium	8	1,36
Ectasie	7	1,19
Dissolution	18	3,06
Potion traditionnelle	15	2,55
Ne sait pas	30	5,10
Autre	39	6,63

La drogue la plus consommée est le chanvre indien, du fait de son accessibilité et de sa facilité de consommation.

Mode de consommation de la drogue

Le tableau 61 ci-après donne la répartition des UD enquêtés selon le mode de consommation de la drogue. L'association de plusieurs modes de consommation est possible

Tableau 61 : Répartition des UD enquêtés selon le mode de consommation de la drogue

Mode de consommation de la drogue	Effectifs	Pourcentages(%)
Orale	105	18
Injectable	6	1,1
Fumé	489	83
Snifé	27	5

Mode d'acquisition de la drogue

Le tableau 62 donne les différents modes d'acquisition de la drogue.

Tableau 62 : Répartition des UD selon le mode d'acquisition de la drogue

Mode d'acquisition de la drogue	Effectifs	Pourcentages(%)
Téléphone	210	35,71
Sur site de consommation	212	36,05
Internet	7	1,19
Envoi coli	15	2,55
Domicile dealer	88	14,97
Kiosque boutique	144	24,49
Autres (amis, à la volée, dans la rue)	199	33,84

Les UD de l'échantillon affirmaient s'approvisionner principalement sur les sites de consommation (36,05%), par contact téléphonique (35,71%), et via d'autres modes tels à la volée, dans la rue, dans des proportions de 33,84%.

Consommation d'alcool

Parmi les UD enquêtés, 78,7% affirmaient consommer de l'alcool.

6.3.2 Séroprévalence du VIH et facteurs associés

6.3.2.1 Séroprévalence

La séroprévalence du VIH chez les UD était de 1% (6/588). Tous les 6 positifs sont atteints du VIHde type 1.

6.3.2.2 Facteurs associés

Le tableau 63 montre les différents facteurs associés à la prévalence du VIH.

Tableau 63 : Facteurs associé à la prévalence du VIH

	Effectif	%VIH positifs	p
Région			
Boucle du mouhoun	30	0	N.A
Cascades	19	0	
Centre	362	1,1	
Centre Ouest	1	0	
Centre sud	60	1,7	
Hauts bassins	116	0,9	
Age			
13-19ans	100	0	N.A
20-24ans	193	0,5	
25-29ans	113	0,9	
30-39ans	135	2,2	
40-49 ans	34	0	
50 ans et plus	13	7,7	
Moins de 25 ans	293	0,3	
25 ans et plus	295	1,7	
Durée comme UD			
Moins d'un an	25	4	0,5
1-4ans	237	0,4	
5-9 ans	170	1,2	
10-14ans	79	1,3	
15 ans et plus	77	1,3	
Scolarisés			
Oui	472	0,8	0,4
Non	116	1,7	
Mobilité inter ville			
Oui	124	3,2	0,02
Non	464	0,4	
Mobilité inter pays			
Oui	94	2,1	0,2
Non	494	0,8	
IST			
Oui	86	2,3	0,2
Non	502	0,8	
Bonne connaissance			
Oui	265	1,1	1
Non	323	0,9	

La mobilité inter ville était significativement associée à la prévalence du VIH chez les UD.

Bien que non statistiquement significatif, la prévalence du VIH était plus élevée chez les UD :

- de 25 ans et plus
- non scolarisés
- ayant une mobilité inter-pays
- ayant déclaré une IST

Tous les VIH + étaient des hommes.

6.3.3 Comportements sexuels et leurs déterminants

6.3.3.1 Comportement sexuels

Comportements sexuels

L'âge moyen du premier rapport sexuel vaginal est de 17,30 ans (ET=3,57). Le tableau 64 suivant donne la répartition des UD selon leurs comportements sexuels.

Tableau 64 : Répartition des UD enquêtés selon leurs comportements sexuels

Comportement sexuels	%
% d'UD ayant déjà eu un rapport sexuel vaginal	92
% d'UD ayant déjà eu un rapport sexuel anal	9,4
% d'UD ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	15,7
% d'UD ayant déjà eu des rapports sexuels pour de l'argent	14,5
% d'UD ayant déjà eu des rapports sexuels avec des professionnels du sexe	63
% d'UD ayant eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	58,1

6.3.3.2 Utilisation du préservatif

Le tableau 65 suivant donne la répartition des UD enquêtés selon leurs comportements sexuels.

Tableau 65 : Répartition des UD enquêtés selon leurs comportements sexuels

Comportements sexuels	%
% d'UD qui utilisent un préservatif masculin à chaque rapport sexuel	68
% d'UD ayant utilisé un préservatif masculin lors du dernier rapport	70,1
% d'UD ayant déjà eu un rapport sexuel anal sans utiliser un préservatif	10,9
% d'UD ayant utilisé un préservatif masculin lors du dernier rapport sexuel anal avec un homme	22
% d'UD ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	69,7

6.3.4 Connaissances des modes de transmission et les moyens de prévenir le VIH

6.3.4.1 Niveau de connaissance

Le tableau 66 donne la répartition des UD selon leur niveau de connaissance sur le VIH. Il s'agit à la fois de la connaissance des mesures de prévention et du rejet des idées fausses.

Tableau 66 : Répartition des UD enquêtés selon leur niveau de connaissance

Questions	Effectifs	%
Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs à chaque rapport sexuel=Oui	548	93,4
Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire avec un seul partenaire fidèle et non infecté=Oui	533	90,8
	537	91,3
Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive=Oui	379	64,5
Une piqure de moustique peut-elle transmettre le VIH=Non	431	73,4
Peut-on attraper le virus du SIDA en partageant un repas avec une personne=Non		

Parmi les UD enquêtés, 45,1% avec de bonnes connaissances sur le VIH et rejetaient les fausses idées.

6.3.5 Dépistage VIH et à la démarche de soins

6.3.5.1 Comportements relatifs au dépistage VIH

Au cours des 12 derniers mois, 43,5% des UD enquêtés affirmaient avoir fait l'objet d'un dépistage du VIH et 41,2% affirmaient avoir reçu les résultats du test.

6.3.6 Attitudes, les pratiques et les comportements discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH

Le tableau 67 donne la répartition des UD enquêtés selon leurs attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH. Il indique les proportions d'UD ayant répondu « non », considéré comme discriminant, à cinq situations.

Tableau 67 : Répartition des UD enquêtés selon leur attitude discriminatoire

Questions	Effectifs	%
Partageriez-vous un repas avec quelqu'un que vous connaissez infecté par le VIH=Non	174	29,6
A votre avis, si un élève/étudiant est infecté par le VIH est ce qu'on doit lui permettre de continuer d'aller à l'école= Non	77	13,1
A votre avis, si un de vos proches était infecté par le VIH ou malade du SIDA, seriez-vous prêt à le soigner dans votre foyer=Non	60	10,2
A votre avis, si un enseignant est infecté par le VIH est-ce qu'il doit continuer à enseigner à l'école=Non	83	14,2
A votre avis, si vous saviez qu'un boutiquier ou vendeur de repas était infecté par le VIH, continuerez-vous à acheter la nourriture chez lui=Non	191	32,6

Parmi les UD enquêtes, 46,8% avaient une attitude discriminatoire.

6.3.7 Exposition aux interventions de prévention et de prise en charge

Les UD enquêtés affirmaient savoir où s'adresser pour le dépistage du VIH dans 84,6%.

Au cours des 12 derniers mois, 50,3% affirmaient avoir reçu gratuitement des préservatifs et 29,2% affirmaient avoir reçu gratuitement des lubrifiants.

Parmi les UD enquêtés, 4,9% déclaraient avoir connaissance d'un programme d'échange de seringues.

6.3.8 IST

Au cours des 12 derniers mois, 14,6% des UD enquêtés affirmaient avoir présenté une IST.

Dans ces mêmes délais, 10,9% des UD enquêtés déclaraient avoir eu un écoulement sexuel anormal et fétide et 7,2% affirmaient avoir eu des plaies sur le sexe. 61,6% déclaraient avoir eu recours à des soins.

6.3.9 Taille des populations des UD

6.3.9.1 Nombre de site UD par province

Tableau 68 : Nombre de sites UD par province

Province	Nombre sites
Bazega	1
Boulkiemde	4
Comoe	2
Houet	98
Kadiogo	87
Kouritenga	9
Kourweogo	3
Lerabe	8
Loroum	3
Mouhoun	1
Nahouri	7
Oubritenga	1
Oudalan	7
Passore	2
Sissili	4
Soum	6
Sourou	4
Tapoa	2
Tuy	2
Yagha	2
Yatenga	2
Zandoma	2
Ziro	2
Zoundwéogo	1

6.3.9.2 Nombre de UD par province

Tableau 69 : Taille des UD par province

Province	TailleUD Minimum	TailleUD	TailleUD Maximum
Bazega	1	2	4
Boulkiemde	61	88	115
Comoe	22	73	80
Houet	2 739	3 802	3 297
Kadiogo	3 065	3 622	4 179
Kouritenga	104	154	204
Kourweogo	36	100	120
Lerabe	57	65	73
Loroum	30	24	39
Mouhoun	5	9	15
Nahouri	39	65	91
Oubritenga	8	10	12
Oudalan	30	58	86
Passore	12	28	36
Sissili	88	137	186
Soum	60	91	108
Sourou	7	74	141
Tapoa	42	80	90
Tuy	10	35	40
Yagha	30	76	84
Yatenga	10	17	30
Zandoma	22	47	50
Ziro	16	35	36
Zoundwéogo	6	12	14
Burkina Faso	6 500	8 704	9 130

6.3.9.3 Nombre de UDI

Seul un site d'UDI a pu être observé sur le terrain, à Ouagadougou

Durant l'enquête bio comportemental, seul 3 UDI ont accepté de participer à l'enquête. D'autres dans des milieux d'artiste ont refusé.

A partir de l'enquête bio comportementale, on estime à 1% l'utilisation de la voie injectable. En utilisant cette proportion et en l'appliquant aux nombre d'UD, on estime le nombre d'UDI au

Burkina Faso à 87 avec des extrêmes de 65 à 91. Cette estimation est sous-estimée, mais même cette taille set faiblement accessible pour des interventions. A titre d'exemple, le programme CDEAO sur les UDI n'aurait que trois participants.

6.3.10 Cartographie programmatique des populations clés (localisation géographique séroprévalence-taille et interventions)

Le tableau 70 indique les services/interventions disponible au niveau des sites UD par province

Tableau 70 : services/interventions disponible au niveau des sites UD par province

Région	Mode de consommation				% de sites avec rapports sexuels sur place	% de rapports sexuels dans les chambres	% de sites avec un responsable de site connu	% de sites où les UD utilisent internet (réseaux sociaux) pour s'approvisionner	% de sites où les UD utilisent internet le téléphone pour s'approvisionner
	Fumé	Snifé	Orale	Injectable					
Boucle du Mouhoun	100	0	0	0	100	0	0	0	0
Cascades	100	0	33,3	0	0	0	0	0	100
Centre	96,2	39,6	57,8	3,8	47,2	9,4	28,3	18,9	94,3
Centre-Est	100	0	100	0	20	0	0	0	100
Centre-Ouest	100	75	75	0	75	50	50	25	87,5
Centre-Sud	100	0	100	0	14,3	0	0	0	42,9
Est	100	0	100	0	100	0	0	0	0
Hauts-bassins	100	22,6	100	0	45,2	12,9	3,2	22,6	80,6
Nord	25	0	75	0	0	0	0	0	100
Plateau central	80	0	60	0	60	60	0	0	80
Sahel	100	50	50	0	50	25	50	0	100

Tableau récapitulatif des indicateurs de chaque population, BSS 2017

Professionnelles de sexe

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions												
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre-Est	Centre-Nord	Centre-Ouest	Centre-Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud-Ouest
1. Prévalence du VIH																
1. Pourcentage de PS HIV +	5,4%	3,3 %	7,3 %	9,4%	15,3 %	6%	6,4 %	3,5 %	7,3 %	6%	4%	4,9 %	3,2 %	3,6 %	1,8 %	4,2 %
2. Connaissances																
2.1. Pourcentage de PS ayant répondu correctement																
2.1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels	89,5 %															

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casca des	Centre	Centre-est	Centre-nord	Centre-ouest	Centre-sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud-ouest	
avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?																	
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?	84,1 %																
2. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?	83,3 %																
2. Une piqûre de	63,1 %																

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre-Est	Centre-Nord	Centre-Ouest	Centre-Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud-Ouest	
1. moustique peut-elle transmettre le VIH ?																	
2. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?	73,4 %																
2. Pourcentage de PS qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales	35,7 %	32,9 %	38,6 %	37%	36,6 %	38,6 %	28,6 %	29,7 %	61%	29,3 %	28,3 %	32,9 %	37,8 %	24,4 %	30,6 %	58,8 %	

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions												
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre-Est	Centre-Nord	Centre-Ouest	Centre-Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud-Ouest

Les idées fausses relatives à la transmission du VIH (bonne réponse aux 5 questions)

3. Accès à la prévention

3.1. Savez-vous où vous adresser pour le dépistage du VIH ?	87,4 %																
3.2. Au cours des douze derniers mois, vous a-t-on donné des préservatifs gratuitement ?	73,9 %																
3. Pourcentage	68,1	63,	73,	70,7	71,2	63,6	62,6	79,7	78,7	69,8	71,	70,4	76,	62,9	74,	50,	

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions												
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casca des	Centre	Centre-Est	Centre-Nord	Centre-Ouest	Centre-Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud-Ouest
3. Pourcentage de PS touchés par les programmes de prévention du VIH (réponse affirmative aux 2 questions)	%	2%	3%	%	%	%	%	%	%	%	3%	%	6%	%	7%	9%

4. Comportement vulnérable

4.1. Pourcentage de PS ayant déclaré avoir déjà consommé de la drogue	3,8%															
4.2. Pourcentage de PS qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	11,5%	14,2%	8,7%	7,5%	4,5%	11,2%	9,3%	7,9%	9,8%	12,1%	9%	16,7%	9%	13,7%	14,7%	5,5%

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre-Est	Centre-Nord	Centre-Ouest	Centre-Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud-Ouest	
5. Utilisation du préservatif																	
5.1.	Pourcentage de PS ayant déjà eu un rapport sexuel avec un client payant sans utiliser un préservatif	23,4 %															
5.2.	Pourcentage de PS ayant déjà eu un rapport sexuel anal sans utiliser un préservatif	21,2 %															
5.3.	Pourcentage de PS déclarant avoir	92,9 %	92,3 %	93,6 %	92,3 %	98,2 %	93,9 %	91,2 %	95,5 %	94,5 %	87,9 %	95,3 %	89,5 %	92,8 %	93,4 %	98,2 %	97,6 %

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre-est	Centre-nord	Centre-ouest	Centre-sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau central	Sahel	Sud-ouest	
utilisé un préservatif avec chacun de leurs clients au cours du mois																	
5. Pourcentage de PS qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	93%	92,1%	93,9%	91%	99,1%	93,4%	95,2%	95,5%	94,5%	84,5%	94,4%	90,6%	90,5%	93,9%	95,9%	97,0%	
6. Dépistage																	
6.1. Pourcentage de PS qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois	74,6%	69,5%	80,1%	75,3%	81,1%	70,8%	76,9%	73,3%	86%	73,3%	81,9%	73,2%	75,2%	70,1%	88,8%	72,7%	
6. Pourcentage de PS qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois	73,6%	67,7%	79,7%	74,4%	81,1%	69,6%	75,6%	72,8%	86%	72,4%	79,7%	71,7%	73,7%	70,1%	88,8%	72,7%	

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre-Est	Centre-Nord	Centre-Ouest	Centre-Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud-Ouest	
2.	ge de PS qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	%	5%	5%	%	%	%	%	%	%	%	8%	%	4%	%	8%	1%
7. IST																	
7.1.	Pourcentage de Professionnelles du sexe rapportant une IST dans les 12 derniers mois	33,1%	34%	32,1%	24,4%	28,8%	34,1%	33,4%	38,1%	14,6%	17,2%	17,1%	40,2%	31,5%	43,7%	45,9%	28,5%
7.2.	Pourcentage de Professionnelles du sexe	70,2%															

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre-est	Centre-nord	Centre-ouest	Centre-sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau central	Sahel	Sud-ouest	
rapportant une IST dans les 12 derniers mois ayant reçu des soins																	
8. Discrimination																	
8.1.	Pourcentage de PS qui montrent des attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	49,2 %	54,7 %	43,5 %	59,3 %	54,1 %	46,6 %	64,2 %	68,8 %	23,2 %	59,5 %	72,9 %	41,3 %	32,4 %	68,5 %	46,3 %	15,8 %

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre Est	Centre Nord	Centre Ouest	Centre Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud Ouest	
1. Prévalence du VIH																	
1. Pourcentage de HSH HIV +	1,9%	1,2%	3,5%	-	0%	1,1%	0%	-	9,1%	-	-	1,9%	0%	-	-	-	
2. Connaissance																	
Pourcentage de HSH ayant répondu correctement																	
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et	90,2%																

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucl e du Mouh oun	Casca des	Cent re	Cent re Est	Cent re Nor d	Cent re Oue st	Cent re Sud	E st	Haut s Bassi ns	Nor d	Plate au Cent ral	Sah el	Sud Oue st	
non infecté ?																	
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?	93,8%																
2. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?	93,8%																
2. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?	81,6%																
2. Peut-on	76,9%																

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre Est	Centre Nord	Centre Ouest	Centre Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud Ouest	
5. contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?																	
2. Pourcentage de HSH qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la	56,3%	53,7%	62,6%	33,3%	53,3%	52,5%	36%	-	100%	-	-	64,1%	27,3%	-	-	-	

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions												
		<25 ans	≥25 ans	Boucl e du Mouh oun	Casca des	Cent re	Cent re Est	Cent re Nor d	Cent re Oue st	Cent re Sud	E st	Haut s Bassi ns	Nor d	Plate au Cent ral	Sah el	Sud Oue st
transmission du VIH (bonne réponse aux 5 questions)																
3. Accès prévention																
3.1. Savez-vous où vous adresser pour le dépistage du VIH ?	89,4%															
3.2. Au cours des douze derniers mois, vous a-t-on donné des préservatifs gratuitement ?	81,6%															
3.3. Pourcentage de HSH touchés par les programmes	76,4%	73,6 %	83 %	66,7%	68,3 %	65,9 %	88 %	-	100 %	-	-	91,3 %	54,5 %	-	-	-

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions												
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre Est	Centre Nord	Centre Ouest	Centre Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud Ouest

es de prévention du VIH (réponse affirmative aux 2 questions)

4. Comportement vulnérable

4.1. Pourcentage de HSH ayant déclaré avoir déjà consommé de la drogue	21,5%																
4.2. Pourcentage de HSH qui ont eu un rapport sexuel anal avant l'âge de 15 ans	7,6%	9,3%	3,5%	-	3,3%	4%	8%	-	100%	-	-	13,1%	27,3%	-	-	-	

5. Utilisation du préservatif

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre Est	Centre Nord	Centre Ouest	Centre Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud Ouest	
5.1. Pourcentage de HSH déclarant avoir utilisé un préservatif à chaque rapport sexuel avec un homme	86,8%	85,7%	89,5%	66,7%	75%	85,9%	96%	-	100%	-	-	91,7%	54,5%	-	-	-	
5.2. Pourcentage de HSH déclarant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	85%	84,3%	86,5%	66,7%	81,7%	84,1%	92%	-	100%	-	-	86,4%	72,7%	-	-	-	
5.3. Pourcentage de HSH qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours de leur	87,2%	86,9%	87,5%	66,7%	86,7%	84,8%	92%	-	100%	-	-	91,3%	54,5%	-	-	-	

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions												
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre Est	Centre Nord	Centre Ouest	Centre Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud Ouest
5. Pourcentage de HSH qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel																
6. Dépistage																
6.1. Pourcentage de HSH qui ont subi un test du VIH au cours des 12	67,9%	64,8%	75,4%	66,7%	55%	57,2%	76%	-	100%	-	-	85,4%	27,3%	-	-	-

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre Est	Centre Nord	Centre Ouest	Centre Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud Ouest	
derniers mois																	
6.2.	Pourcentage de HSH qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	65,5%	62,7%	72,5%	66,7%	50%	55,4%	76%	-	100%	-	-	82,5%	27,3%	-	-	-
7. IST																	
7.1.	Pourcentage de HSH rapportant une IST au cours des 12 derniers mois	12,3%	14,3%	7,6%	-	21,7%	8,3%	32%	-	18,2%	-	-	10,7%	45,5%	-	-	-
7.2.	Pourcentage de HSH rapportant une IST dans les 12 derniers mois	69,9%	71,7%	61,5%	-	30,8%	60,9%	87,5%	-	50%	-	-	95,5%	80%	-	-	-

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casca des	Centre	Centre Est	Centre Nord	Centre Ouest	Centre Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud Ouest	
mois ayant reçu des soins																	
8. Discrimination																	
8.1.	Pourcentage de HSH qui montrent des attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	34,5%	37,1%	28,1%	66,7%	60%	44,2%	52%	-	36,4%	-	-	9,7%	69,6%	-	-	-

Usagers de drogues

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucl e du Mouh oun	Casca des	Cent re	Cent re Est	Cent re Nor d	Cent re Oue st	Cent re Sud	E st	Haut s Bassi ns	No rd	Plate au Cent ral	Sah el	Sud Oue st	
1. Prévalence du VIH																	
1.1	Pourcentage de UD HIV +	1%	0,3%	1,7%	0%	-	1,1%	-	-	0%	1,7%	-	0,9%	-	-	-	-
2. Connaissance																	
Pourcentage de UD ayant répondu correctement																	
2.1	Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et	90,8%															

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions												
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre Est	Centre Nord	Centre Ouest	Centre Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud Ouest
non infecté ?																
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?	93,4%															
2. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?	91,3%															
2. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?	64,5%															
2. Peut-on	73,4%															

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucl e du Mouh oun	Casca des	Cent re	Cent re Est	Cent re Nor d	Cent re Oue st	Cent re Sud	E st	Haut s Bassi ns	No rd	Plate au Cent ral	Sah el	Sud Oue st	
5. contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?																	
2. Pourcentage de UD qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmissi	45,1%	43,7 %	46,4 %	50%	52,6 %	40,1 %	-	-	-	25 %	-	68,1 %	-	-	-	-	

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions												
		<25 ans	≥25 ans	Boucl e du Mouh oun	Casca des	Cent re	Cent re Est	Cent re Nor d	Cent re Oue st	Cent re Sud	E st	Haut s Bassi ns	No rd	Plate au Cent ral	Sah el	Sud Que st

on du VIH

3. Accès prévention

3. 1.	Savez-vous où vous adresser pour le dépistage du VIH ?	84,6%															
3. 2.	Au cours des douze derniers mois, vous a-t-on donné des préservatifs gratuitement ?	50,3%															
3. 3.	Pourcentage de UD déclarant avoir connaissance d'utilisation de seringues par des	4,9%	6,1%	3,7%	-	-	6,1%	-	-	-	3,3%	-	4,3%	-	-	-	-

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucl e du Mouh oun	Casca des	Cent re	Cent re Est	Cent re Nor d	Cent re Oue st	Cent re Sud	E st	Haut s Bassi ns	No rd	Plate au Cent ral	Sah el	Sud Oue st	
UDI																	
3.	Pourcentag																
4.	e de UDI																
	qui disent																
	avoir																
	utilisé du																
	matériel																
	d'injection																
	stérile lors																
	de leur																
	dernière																
	injection																
4. Comportement vulnérable																	
4.	Pourcentag	15,7%	20,5	8,5	13,8%	15,8	16,6	-	-	-	8,3	-	10,3	-	-	-	-
1.	e de UD		%	%		%	%				%		%				
	qui ont eu																
	un rapport																
	sexuel																
	avant l'âge																
	de 15 ans																
5. Utilisation du préservatif																	
5.	Pourcentag	70,1%	77,1	63,1	70%	73,7	74,3	-	-	-	51,7	-	65,5	-	-	-	-
1.	e de UD		%	%		%	%				%		%				
	qui																
	indiquent																

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions												
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre Est	Centre Nord	Centre Ouest	Centre Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud Ouest
5.2. Pourcentage de UD qui indiquent avoir utilisé un préservatif à chaque rapport sexuel	68%	72%	64,1%	80%	47,4%	67,1%	-	-	-	60%	-	75%	-	-	-	-
5.3. Pourcentage de UD qui déclarent avoir eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	69,7%	64,8%	51,2%	63,3%	73,7%	65,7%	-	-	-	51,7%	-	33,6%	-	-	-	-
6. Dépistage																

	Indicateurs	Ensemble	Age		Régions												
			<25 ans	≥25 ans	Boucl e du Mouh oun	Casca des	Cent re	Cent re Est	Cent re Nor d	Cent re Oue st	Cent re Sud	E st	Haut s Bassi ns	No rd	Plate au Cent ral	Sah el	Sud Oue st
6.1.	Pourcentage de UD qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois	43,5%	45,7%	41,4%	36,7%	26,3%	37%	-	-	-	45%	-	67,2%	-	-	-	-
6.2.	Pourcentage de UD qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	41,2%	42,3%	40%	30%	26,3%	34,5%	-	-	-	45%	-	65,5%	-	-	-	-
7. IST																	
7.1.	Pourcentage de UD rapportant une IST dans les 12 derniers mois	14,6%	15,7%	13,6%	13,3%	31,6%	16%	-	-	-	5%	-	12,9%	-	-	-	-

Indicateurs	Ensemble	Age		Régions													
		<25 ans	≥25 ans	Boucle du Mouhoun	Casades	Centre	Centre Est	Centre Nord	Centre Ouest	Centre Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud Ouest	
7. Pourcentage de UD rapportant une IST dans les 12 derniers mois ayant reçu des soins	61,6%	50%	75%	75%	50%	62,1%	-	-	-	66,7%	-	60%	-	-	-	-	
8. Discrimination																	
8.1. Pourcentage de UD qui rapportent des attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	46,8%	49,1%	44,4%	56,7%	42,1%	51,1%	-	-	-	76,7%	-	16,4%	-	-	-	-	

7 Commentaires

7.1 Professionnelles de sexe (PS)

7.1.1 Caractéristiques

On observe que les PS exercent dans toutes les régions du Burkina Faso.

Plus d'une douzaine de nationalités se côtoient dans l'offre du sexe au Burkina Faso. Ce nombre de nationalité confirme le caractère transnational de l'offre du travail de sexe. Le nombre important de nationalité favorise les regroupements par sous-communautés. Le fait d'être en dehors de sa localité peut rendre plus vulnérable les filles par rapport aux clients et par rapport aux responsables des sites (précarité financière, sécuritaire). Cette vulnérabilité peut entraîner des comportements à risque pour le VIH. Il peut y avoir également une réduction de l'accès aux interventions de prévention et de prise en charge

Presque toutes les femmes enquêtées ont affirmé pratiquer une religion. L'utilisation de la variable « appartenance religieuse » pourrait permettre d'expliquer les choix d'exercer de manière clandestine le travail de sexe. En effet, tout comme la contrainte légale, la religion constitue également une forme de pression. Il est également bon que chacun se rende bien compte que l'exercice de la profession de sexe ne marginalise pas nécessairement les PS de manière visible.

La population enquêtée était relativement jeune. L'âge moyen des PS enquêtées était de 25,5 ans (avec un écart type de 6,3 ans). Les âges extrêmes étaient de 13 ans et 60 ans.

Les classes d'âges des 20-24 ans et des 25-29 ans étaient les plus représentées. Ces deux classes d'âge correspondent à une phase de jeunesse physique des filles (avec des atouts physiques), une activité sexuelle assumée (expérience déjà faite), des besoins économiques importants au regard de la nécessité de s'assumer socialement ou d'assumer des responsabilités sociales.

Au-delà de 39 ans, les proportions sont très faibles du fait sans doute du déclin du potentiel d'attrance physique des femmes ou simplement du déclin de l'estime de soi indispensable pour proposer un service sexuel. Les 13-19 ans (14,5%) constitue un sous-groupe vulnérable du fait non seulement de l'immaturation physique mais aussi sociale.

On observe que toutes les catégories matrimoniales sont rencontrées chez les PS.

Dans ce milieu professionnel, bien que le multi partenariat sexuel soit la règle, on observe parfois une relation ou plusieurs relation stable, non maritale. On qualifie ce type de relation de petit ami stable (un ou plusieurs à la fois). Ce sont généralement des partenaires sexuels officiellement non payants.

Plusieurs catégories de partenaires sexuels officiellement non payants s'observent. Il peut s'agir d'une compensation sexuelle ponctuelle accordée pour un service rendu par un homme (protection, aide administrative, sécuritaire ou sociale ponctuelle). Il peut s'agir aussi d'une relation plus stable soit dans la cadre de sentiments (amoureux) ou de protection sociale, économique et ou sécuritaire. En réalité, le terme non payant est peu approprié, la nature du paiement sépare les clients payant en argent de ceux payants par de services. Il est même habituel d'observer que certains partenaires classés « non payant », assurent à la PS une sécurité financière en assumant tout ou une partie des dépenses de la vie courante (logement, santé, eau, électricité, nourriture, etc..). Ce type de relation, du fait de son caractère « libre » mais aussi stable, pourrait être à la base d'une baisse des comportements à risque pour le VIH.

La survenue d'une grossesse s'observe chez les PS. On observe que 16,5% des grossesses sont attribués, par les PS, à des clients payants. Ce type de grossesse expose à une forte précarité lorsque le client est occasionnel et non connu. Dans tous les cas, très rarement le client reconnaîtra une telle grossesse. Cette situation indique également un déficit d'utilisation du préservatif.

Seulement 2 PS sur 5 étaient sous contraception. Cette proportion est faible au regard de l'activité de professionnel du sexe et justifie les grossesses rapportées.

Près de $\frac{3}{4}$ des PS sous contraception, ont déclaré utiliser les méthodes à longue durée d'action, notamment les méthodes à administration plus ou moins rapide (Injection et implant). Ces méthodes sont préférées à la pilule, probablement du fait des contraintes liées à la prise de la pilule notamment dans le cadre de l'exercice de la profession de sexe.

On observe que près de $\frac{2}{3}$ des PS ont atteint le niveau primaire à secondaire. Les PS enquêtées qui ont déclarées n'avoir bénéficié d'aucune scolarisation moderne représentaient 25,2% et 29,7% n'avaient pas dépassé le niveau d'étude primaire. Cela pourrait être une difficulté majeure

dans l'approche préventive en termes de compréhension des messages véhiculés par les campagnes de sensibilisation et les activités de lutte contre le VIH/SIDA le plus souvent en langues étrangères (français ou anglais).

La durée médiane d'exercice comme professionnelle du sexe était de d'un an avec des extrêmes allant de moins d'un an à 37 ans. Plus de 8 PS sur 10 (83,3%) ont affirmé exercer l'activité de PS depuis une période inférieure ou égale à 4 ans. Elles seraient entrées dans la profession assez récemment, c'est-à-dire après la dernière enquête comportementale. On peut estimer que le renouvellement est important. Le recrutement se fait dans la tranche jeune du fait des atouts sexuels à cet âge.

Un peu plus qu'une PS sur trois ont rapporté avoir une autre activité génératrice de revenus.

Il s'agit le plus souvent d'activité assez précaire, faiblement génératrice de revenu, avec une exposition au contact avec des clients (commerce, serveuse, esthéticienne etc...).

Les types de sites de rencontre des clients sont variés. Les espaces de loisirs offrant de l'alcool sont en tête de liste. Internet prend de l'essor comme outil de rencontre.

Le chanvre indien était la drogue la plus fréquemment consommée par les PS. On observe aussi l'usage de drogue plus dure. La consommation d'alcool et de drogue peut exposer à une baisse de la capacité décisionnelle pour un comportement protecteur.

7.1.2 Séroprévalence du VIH et facteurs associés

La prévalence du VIH chez les PS était de 5,4% (258/4784) avec un IC 95% compris entre [4,7 – 6,0].

Comparativement, sur une distance temporelle de 7 ans, on observe une prévalence cinq à six fois plus élevée qu'en population générale et chez les jeunes (0,72% en 2010).

On observe une tendance à la baisse sur les 4 dernières années. Indépendamment de la dynamique interne de la population, on peut formuler l'hypothèse qu'on observe peut-être des effets bénéfiques des centaines millions de FCFA investit, des efforts des acteurs de terrain. Habituellement, on s'attend à des niveaux élevés de VIH+ chez les PS malgré les efforts d'intervention. Cette tendance restera à être confirmée dans le temps. En comparant le niveau de la prévalence du VIH chez les PS en 2017 et les niveaux de la prévalence du VIH chez les jeunes en 2010 (0,72%) d'une part et au sein de la population adulte en 2014 (0,90) d'autre part, et en absence de phénomène de rebond, on peut, sans crier victoire, pouvoir ce dire qu'il est tout à fait possible de gagner la bataille.

Etant donné qu'il s'agit d'une prévalence, il n'est pas possible d'affirmer une antériorité temporelle entre le fait d'être VIH+ et le facteur considéré. Les comparaisons ont pour but notamment d'évaluer la différence de morbidité entre différentes situation afin d'adapter la réponse lorsque cela est possible.

On observe que la prévalence du VIH chez les PS est significativement liée à la région. Cela ne signifie pas une plus grande transmission dans les régions où l'on observe des prévalences plus élevées. Il convient d'affiner l'analyse dans le temps et dans l'espace et surtout de faire une lecture approfondie en tenant compte de l'offre du dépistage et de soins dans ces régions. Cependant, on peut en déduire :

- qu'il renforcer les interventions de prévention dans toutes les régions (les nouvelles infections contribuant à la prévalence).
- Qu'il y a un besoin de prise en charge par ARV pour les PS dans toutes les régions

Ainsi l'offre de soins par les ARV aux PS devrait être réfléchi et planifiée pour répondre aux exigences d'une population qui demande beaucoup de confidentialité au regard de leur profession.

On observe un lien statistique entre l'âge et la prévalence du VIH, avec une prévalence croissante avec l'âge. Les plus de 25 ans sont plus infectées que les moins de 25 ans. On observe également une augmentation de la prévalence selon la durée d'exercice comme PS. Ce qui confirme l'augmentation du risque avec celle de la durée de l'exposition. On observe cependant des prévalences élevées (supérieure à la prévalence en population générale) chez les jeunes PS et à l'entrée dans l'activité de PS. Lorsqu'on considère l'âge au premier rapport sexuel et l'âge

d'acceptation comme PS, il se déroule en moyenne 06 ans. Au regard des prévalences élevées en début d'activité comme PS, on peut émettre l'hypothèse qu'entre le début de la sexualité et le moment où les filles s'acceptent comme PS, elles ont pris des risques en exerçant de manière clandestine l'activité du sexe. Ce qui pourrait expliquer la différence de prévalence entre les jeunes PS et les jeunes en population générale.

Le statut matrimonial est statistiquement lié à la prévalence du VIH chez les PS. On observe la multiplication du risque chez les polygames, les séparées, divorcées ou veuves. Ces femmes partagent les risques pris par le conjoint. Le niveau chez les PS veuves interpelle et interroge sur la cause du décès du conjoint.

Les PS non scolarisées étaient plus infectées que celles scolarisées. On peut postuler que cela est lié au type de messages de prévention en termes de contenu, et de langues, ou en termes de canaux de transmission non adaptés pour les non scolarisées. On peut aussi incriminer la plus grande vulnérabilité des PS non scolarisées qui pourraient accepter des situations à plus grand risque avec des clients plus exposés au VIH.

Bien qu'il n'existe pas de différence statistique, la prévalence était plus élevée chez les PS ayant une autre occupation génératrice de revenu. Le fait d'avoir une occupation peut exposer à des rencontres de clients. Ce type de travail pourrait servir d'alibi.

Bien qu'il n'existe pas de lien statistique, la proportion des VIH+ est plus élevée chez les PS n'ayant de petit copain stable et ceux celles qui avaient des plusieurs partenaires dis « non payants ». C'est sans doute l'expression de la précarité.

Bien qu'il n'existe pas de différence statistique, on observe une proportion de VIH+ plus élevée chez les PS ayant une mobilité vers les sites d'orpaillage. Les mobilités exposent à la rencontre de nouveaux clients et également à une vulnérabilité de dépaysement. Ce qui peut accentuer les comportements à risque, notamment sur les sites d'orpaillage.

La prévalence du VIH est plus élevée chez les PS ayant déclaré consommer de l'alcool, mais la différence n'est pas significative. La consommation d'alcool est fréquente chez les PS (près de

2/3). La consommation de l'alcool pourrait altérer les capacités décisionnelles de la PS et parfois du client, en termes de prévention du VIH. Certains clients sont en général prompts à offrir de l'alcool pour « ramollir » la PS.

Il importe alors, pour les interventions, de tenir compte de cette réalité et l'intégrer dans les messages.

Les difficultés en termes d'interventions semblent évidentes, d'autant plus que les sites de rencontre sont majoritairement les sites où coulent à flot des boissons alcoolisées.

L'utilisation du préservatif (à chaque rapport sexuel avec un client payant, au dernier rapport sexuel avec un client payant) ne sont pas statistiquement liés à la prévalence du VIH. Cela peut s'expliquer, d'un part, parce qu'il peut s'agir d'infection antérieure temporellement aux comportements évalués (le mois ayant précédé l'enquête), mais aussi l'existence d'autres risques que sont les conjoints et les clients non payant. Ces hypothèses sont confirmées par le fait que la prévalence est statistiquement plus élevée chez les PS ayant plusieurs partenaires non payants et celles ayant déjà eu une expérience d'un rapport sexuel avec un partenaire non payant.

La proportion de PH VIH+ était statistiquement plus élevée chez les PS ayant rapporté une IST au cours des 12 derniers mois. Bien qu'aucun lien temporel ne puisse être établi sur l'antériorité de l'IST par rapport à l'infection par le VIH, on peut non seulement intégrer ce résultat dans les messages de prévention mais aussi assurer une prise en charge adaptée des cas d'IST chez les PS.

La proportion de PS VIH+ était statistiquement plus élevée chez celles n'ayant pas indiqué une attitude discriminatoire vis-à-vis des PVVIH, sans doute parce que plus tolérante à leur propre égard.

7.1.3 Comportements sexuels, utilisation du préservatif et leurs déterminants

L'âge moyen du premier rapport sexuel vaginal était de 17 ans avec des extrêmes de 10 et 22 ans (ET=2,2).

L'âge moyen de début de l'activité de PS était de 22,77 ans avec des extrêmes de 11 et 56 ans (ET=5,59).

On observe qu'entre le début de la sexualité à 17 ans en moyenne et l'acceptation comme PS autour de l'âge de 23 ans en moyenne, il s'est écoulé près de 06 ans de vie sexuelle. Cette période pourrait être une phase potentiellement à risque du fait de comportements non protecteur vis-à-vis du VIH/SIDA.

La proportion d'utilisation du préservatif à chaque rapport sexuel avec un client et la proportion d'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel sont très élevées. Ce qui reflète l'intensification des interventions sur le terrain, mais aussi le fait que le préservatif est assez connu. Ce comportement pourrait être le fait de la PS et/ou de son client. En général la culture du préservatif s'est installée. Malgré ces bons résultats les efforts doivent être maintenus. Le port se doit être systématique. En effet, 23,4% des PS auraient déjà eu un rapport sexuel avec un client payant sans utiliser le préservatif au cours de leur expérience de PS, 31% ont été confronté à un retrait du préservatif lors d'un rapport sexuel. Il faut renforcer les capacités des jeunes PS à éviter ces pièges, d'autant plus que plus de 2/3 des PS (donc y compris les nouvelles) ont déjà reçu des propositions de rapports sexuels sans préservatif.

Les niveaux d'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel sont restés élevés entre 2010 et 2017. Le défi réside dans le fait de pouvoir non seulement maintenir, mais surtout atteindre 100% et stabiliser le ce comportement protecteur pour l'infection par le VIH.

On observe un lien statistique entre l'utilisation du préservatif et la région, de même que l'expérience d'un rapport sexuel sans préservatif.

Lorsque on considère le comportement au cours du dernier mois ou au lors du dernier rapport sexuel au moment de l'enquête, on constate des niveaux élevés d'utilisation du préservatif dans les 13 régions (au-delà de 90%, sauf au centre-sud). Cela dénote sans doute de l'action des associations qui, à travers les paires éducatrices, ont véritablement accélérer les actions de sensibilisation dans les milieux PS et dans toutes les régions. Bien que déclaré, il est au moins certain que dans chaque région, près de 9 PS sur 10 connaissent le préservatif.

La qualité et la régularité de l'utilisation du préservatif reste un défi majeur dans ce milieu, non seulement du fait des propositions fréquentes par les clients de rapports sexuels sans préservatifs (rapporté par 67% des PS), le retrait du préservatif au cours de l'acte sexuel (rapporté par près d'une PS sur 3).

On observe que la proportion de PS, ayant utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client payant, était statistiquement plus élevée chez celles :

- n'ayant pas un petit ami fixe
- n'ayant pas effectué une mobilité inter-pays
- ayant une bonne connaissance des moyens de prévention du VIH
- touchées par les programmes de prévention
- n'ayant pas plusieurs partenaires dits « non payants »
- ne consommant pas d'alcool
- ayant déjà fait son test VIH avec résultat connu

7.1.4 Connaissances des modes de transmission et les moyens de prévenir le VIH

Parmi les PS enquêtées, 35,7% (1706/4784) avaient de bonnes connaissances concernant les modes de transmission par voie sexuelles du VIH et ont rejetés les principales idées fausses. Ce niveau de connaissance n'est pas satisfaisant. Il est primordial que les PS du fait de leur activité aient une parfaite connaissance des moyens de prévention et de transmission du VIH afin d'adopter des attitudes protectrices.

On observe que la proportion de PS ayant une bonne connaissance des moyens de prévention du VIH et rejetant les idées fausses varie fonction de la région et est globalement faible dans toutes les régions sauf au centre Ouest (61%) et au Sud-Ouest (58,8%).

La proportion de PS ayant une bonne connaissance des moyens de prévention du VIH et rejetant les idées fausses est statistiquement plus élevée chez les PS:

- âgées de plus de 25 ans
- scolarisés

La proportion de PS ayant une bonne connaissance des moyens de prévention du VIH et rejetant les idées fausses varie en fonction du statut matrimonial.

7.1.5 Dépistage VIH et démarche de soins

Sur les 4784 PS, 4095 soit 85,6%, ont affirmé avoir déjà bénéficié du test de dépistage du VIH au cours de leur vie. Bien que faible, on observe tout de même, 14,4% de séro-ignorance primaire. Pour ce type de population, les efforts doivent être conjugués pour atteindre 100%.

Au cours des 12 derniers mois, 74,7% des PS enquêtées ont déclaré avoir fait l'objet d'un test de dépistage du VIH. Bien que l'offre de dépistage existe, on observe que près de 1/4 des PS n'en ont pas bénéficié au cours des 12 mois ayant précédés l'enquête. Le tout n'étant pas de se faire prélever pour le test, il est indispensable de connaître le résultat pour bénéficier des dividendes éventuels en termes de soins ou de renforcement de la prévention. En considérant tout l'échantillon, on a observé que 73,6% ont affirmé avoir à a fois fait le test et reçu les résultats.

On observe que la proportion des PS ayant été testée pour le VIH au cours 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat varie en fonction de la région.

Cette proportion est statistiquement plus élevée chez les PS :

- Agées de plus de 25 ans
- Ayant une bonne connaissance des moyens de prévention
- N'ayant pas d'attitudes discriminatoires vis-à-vis des PVVIH
- Touchées par les programmes
- Ayant une mobilité (inter-urbaine, inter-pays et vers sites d'orpaillage)
- Ayant utilisé le préservatif lors dernier rapport sexuel avec un client payant

Sur les PS enquêtées, 1,6% (76/4784) ont déclaré être sous traitement ARV contre le VIH.

Au-delà du VIH, pour les questions de santé, 46,5% des PS (2224/4784) ont déclaré bénéficier d'un suivi médical dans le cadre de leur activité de PS. Le tableau 22 indique les différents centres de suivi.

7.1.6 Attitudes, pratiques et comportements discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH

Parmi les PS enquêtées, certaines développent des attitudes, pratiques et comportements discriminatoires vis-à-vis des personnes infectées par le VIH. De telles attitudes peuvent à la fois influencer leur comportement en termes de prévention et de recours aux soins.

Le pourcentage de PS ayant montré des attitudes discriminatoires vis-à-vis de PVVI H variait en fonction des régions

La proportion de PS ayant montré des attitudes discriminatoires vis-à-vis de PVVI H était statistiquement plus élevée chez les PS âgés de moins de 25 ans ; chez celles n'ayant pas une bonne connaissance et chez celles n'ayant pas été touchées par les programmes.

7.1.7 Exposition aux interventions de prévention et de prise en charge

Au total, 68,1% (3259/4784) avaient été touchées, c'est-à-dire ayant, au cours des 12 derniers mois savaient où s'adresser pour le dépistage du VIH et avaient reçu gratuitement des préservatifs par les programmes de prévention.

On observe une évolution positive de la couverture des PS par les programmes de prévention entre 2014 et 2017.

On observe que la proportion des PS Touchée par les programmes varie en fonction de la région.

Cette proportion est statistiquement plus élevée chez les PS :

- Agées de plus de 25 ans
- Ayant une mobilité (inter-urbaine, inter-pays et vers sites d'orpaillage)
- Affiliées à une association de PS

7.1.8 IST

Au cours des 12 derniers mois, une PS sur trois a présenté une IST. Il s'agit de l'expression de l'absence de prévention par l'utilisation du préservatif.

On observe que la proportion des PS ayant déclaré une IST au cours des 12 derniers mois varie en fonction de la région. Cette proportion est statistiquement plus élevée chez les PS :

- âgées de moins de 25 ans
- n'ayant pas une bonne connaissance des moyens de prévention
- n'ayant pas été touchées par les programmes

7.2 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

7.2.1 Caractéristiques

La classe d'âge de 20 à 24 ans était la plus représentée dans une proportion de 49,8% et 7 HSH sur 10 avaient moins de 25 ans.

Les HSH enquêtés ont affirmé avoir une orientation bisexuelle pour 71,3% et seulement 1/3 s'assumaient homosexuels uniquement. Du fait l'intolérance sociale et des discriminations auxquelles ils font face, la plupart des HSH préfèrent mener une « double vie », c'est-à-dire avoir une partenaire sexuelle ou une compagne tout en entretenant des rapports sexuels avec des hommes.

Plus de 2/3 des HSH enquêtés soit 66% ont affirmé avoir une activité sexuelle en tant que HSH depuis une période de 1 à 4 ans.

Près de 9 HSH sur 10 avaient atteint au moins le niveau d'étude secondaire du 1^{er} cycle. Cela pourrait impliquer de meilleures capacités de compréhension des risques liés au VIH et de l'importance des mesures préventives.

La majorité des HSH enquêtés étaient des nationaux.

Les ¾ des HSH étaient des élèves et étudiants. Cependant les HSH se rencontraient dans divers milieux sociaux dont la particularité est la fréquence du contact et des échanges interpersonnels.

7.2.2 Séroprévalence du VIH et facteurs associés

La prévalence du VIH chez les HSH était de 1,9% (11/592) dont 100% de VIH1.

La proportion de VIH+ varie en fonction de la durée de l'expérience comme HSH, est statistiquement plus élevée chez les homosexuels.

Bien que non statistiquement différent, la prévalence du VIH est plus élevée chez HSH âgé de plus de 25 ans.

Bien que non significatif, la prévalence du VIH chez les HSH est plus élevée chez ceux :

- en union (avec une femme)
- n'ayant pas un compagnon HSH fixe

- mobile (inter-ubain ou pays)
- ayant plusieurs partenaires HSH

7.2.3 Comportements sexuels, utilisation du préservatif et leurs déterminants

Les HSH de l'échantillon ont affirmés avoir une orientation bisexuelle dans une proportion de 71,3% et seulement 1/3 s'assumaient homosexuels. Du fait de la répression sociale et des discriminations auxquelles ils font face, la plupart des HSH préfèrent mener une « double vie », c'est-à-dire avoir une partenaire sexuelle ou une compagne tout en entretenant des rapports sexuels avec des hommes.

La durée moyenne de la pratique sexuelle en tant que HSH est de 3,62 ans avec extrêmes de moins d'un an à 22 ans (ET=3,38). Parmi les HSH enquêtés, 7,6% avaient eu leur premier rapport sexuel avec des hommes avant l'âge de 15 ans. Ces résultats montrent un début précoce de la sexualité, avec une phase d'expérience de l'hétérosexualité.

Près de 1/3 des HSH de l'échantillon affirment avoir déjà eu des rapports sexuels pour de l'argent. Cette situation dénote de conditions socio-économiques défavorables, mais aussi pose la question de la réelle identité sexuelle de certains HSH. La raison financière pourrait être la cause majeure du début d'activité sexuelle en tant que HSH pour un grand nombre. Ainsi se développe une nouvelle classe de professionnels du sexe dans notre contexte.

Plus de la moitié des HSH enquêtés ont de façon générale eu des comportements à risque en termes de multi partenariat.

L'utilisation du préservatif n'est pas systématique chez les HSH de notre échantillon, en dépit du fait que plus de 8 HSH sur 10 affirment soit avoir utilisé un préservatif à chaque rapport sexuel avec un homme, soit lors du dernier rapport sexuel avec un homme. Plus de la moitié de l'échantillon déclare avoir déjà eu un rapport sexuel anal avec un homme sans utiliser le préservatif.

7.2.4 Connaissances des modes de transmission et les moyens de prévenir le VIH

Parmi les HSH enquêtés, 33/592 soit 56,3% avaient de bonnes connaissances concernant le VIH et ont rejetés les idées fausses. Cela implique que les acteurs qui interviennent dans les activités de préventions et de lutte contre le VIH/SIDA, plus particulièrement en ce qui concerne cette population clé, redoublent d'effort afin de leur donner les éléments nécessaires en termes d'informations. Améliorer leur niveau de connaissance dans l'optique qu'ils comprennent les risques et qu'ils adoptent des comportements protecteurs est primordial.

7.3 Usagers de drogues (UD)

7.3.1 Caractéristiques

L'âge moyen des UD enquêtés était de 26,83 ans

La classe d'âge de 20 à 24 ans était la plus représentée avec 32,3% d'UD. Près de la moitié des UD avait moins de 25 ans. Ils sont soit en phase de construction de leur personnalité (adolescence) soit dans le début de leur vie sociale en tant qu'adulte. Ils constituent l'espoir de la société. Cependant leur cursus social, académique ou professionnel pourrait être compromis.

Les UD enquêtés étaient à majorité de sexe masculin (99,1%).

Les UD de l'échantillon se réclamaient célibataires dans 76,4% des cas et 42,7% affirmaient avoir des enfants.

Les UD enquêtés affirmaient avoir bénéficié d'une scolarisation moderne dans 80,3% des cas.

Les UD enquêtés rapportaient exercer une activité génératrice de revenu dans 69,2% des cas.

Les UD étaient majoritairement Burkinabé à 97,62% mais de nombreuses autres nationalités étaient représentées (08).

L'âge moyen de début de consommation de la drogue était jeune (19,89 ans).

Plus de la moitié des UD soit 55,4% consommaient de la drogue depuis au moins 05 ans. Cela traduit une longue période d'expositions à ces substances illicites qui sont néfastes pour la santé de leurs usagers.

Le mode de consommation le plus fréquent est le mode « fumé ». Cela s'explique quand la drogue la plus consommée est le chanvre indien.

7.3.2 Séroprévalence du VIH et facteurs associés

La séroprévalence du VIH chez les UD était de 1% (6/588).

La mobilité inter ville était significativement associée à la prévalence du VIH chez les UD.

Bien que non statiquement significatif, la prévalence du VIH était plus élevée chez les UD :

- de 25 ans et plus
- non scolarisés
- ayant une mobilité inter-pays
- ayant déclaré une IST

Tous les VIH + étaient des hommes.

7.3.3 Comportements sexuels et leurs déterminants

L'âge moyen du premier rapport sexuel vaginal est de 17,30 ans (ET=3,57).

La majorité des UD enquêtés, soit 92% ont affirmé avoir déjà eu un rapport sexuel vaginal et seulement près de 1/10 ont affirmé avoir déjà eu un rapport sexuel anal. Parmi les UD de l'échantillon, 15,7% affirmaient avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Parmi les UD enquêtés, 14,5% déclaraient avoir déjà eu des rapports sexuels pour de l'argent. Cela pourrait s'expliquer par la précarité de leurs conditions de vie. Plus de 6 UD sur 10 reconnaissaient avoir déjà eu des rapports sexuels avec des professionnels du sexe. Le multi partenariat était une réalité pour plus de la moitié des UD enquêtés, en témoigne la proportion de 58,1% d'UD qui déclare avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

Pour cette population cible, les résultats montrent que l'utilisation du préservatif n'est pas systématique lors d'un rapport sexuel. Ainsi de façon générale, près de 7 UD sur 10 affirmaient avoir utilisé un préservatif masculin à chaque rapport sexuel ou avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. Cependant plus de 1 UD sur 10 déclaraient avoir déjà eu un rapport sexuel anal sans utiliser un préservatif.

8 Contraintes et limites

8.1 Contraintes

Les principales contraintes et difficultés rencontrées au cours de la réalisation de l'enquête ont été résumées dans l'encadré ci-dessous :

Domaines	Populations cibles	Contraintes rencontrées
Les difficultés de la facilitation administrative		Malgré la volonté et l'appui des services du SP/CNLS, la lenteur et la longueur des circuits administratifs publiques et privées, combinées à la faible coopération de certains responsables ont rendu parfois difficile, l'obtention des autorisations et/ou la transmission de l'information dans les administrations. Si bien que sur le terrain, les équipes ont parfois été confrontées à des incompréhensions soit avec les forces de défense et de sécurité, soit avec les personnels des administrations
Accès des populations lés	PS	L'accès aux PS a été rendu difficile du fait des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Clandestinité - Peur de rafle par la police - Conflit entre le temps de travail et l'enquête
	HSH	L'accès aux HSH a été rendu difficile du fait des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Clandestinité - Peur stigmatisation - Actes de discrimination par les populations pendant l'étude
	UD	L'accès aux UD a été rendu difficile du fait des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Clandestinité - Insécurités sur les sites UD - Actes de discrimination par les populations pendant l'étude

8.2 Limites

Il s'est agi d'une enquête auprès de population combinant, la clandestinité, la peur de la loi et la peur du regard de la société. Sur le terrain il faut la coopération des responsables de sites.

Les principales limites méthodologiques de cette enquête sont donc celles inhérentes à toutes les enquêtes bio-comportementales et d'estimation des tailles réalisées auprès des populations clés ou difficiles d'accès :

- **taille des échantillons** : Il était difficile d'estimer une taille par région.
- **relation avec l'échantillonnage** : du fait de la particularité des populations enquêtées (stigmatisation, discrimination, pénalisation, etc.), de leurs mobilités (PS, HSH, UD) voire de leur clandestinité, il n'est pas toujours possible de constituer des bases de sondage fiables pour opérer, un échantillonnage probabiliste (notamment sur des populations évoluant dans des sites discrets et mobiles). L'emploi de méthodes non probabilistes, pour des raisons éthiques et de faisabilité, combiné à l'utilisation des mobilisateurs, peuvent conduire à des biais de sélections. Ce qui peut réduire la représentativité des échantillons. Au cours de cette enquête, les experts ont pris toutes les précautions pour minimiser cette situation et bâtir la sélection sur les données les plus fiables (cartographies des sites reconnus, recours aux membres de la communauté concernée.). L'équipe s'est ainsi efforcée par tous les moyens d'assurer à l'enquête la meilleure représentativité possible de chaque sous-population dans son ensemble.
- **validité des informations fournies** : les enquêtes par questionnaire expose à l'absence de vérification des réponses. Cependant, un système de contrôle et de questions filtres ont permis de tendre vers le contrôle de erreurs
- **critères d'inclusion** : parfois difficile à vérifier. Ce sont les pairs éducateurs et des membres de chaque communauté qui ont permis de vérifier les critères

9 Conclusions et suggestions

L'infection par le VIH demeure une pandémie certes, mais l'épidémie varie d'une région du monde à l'autre et au sein d'une même région, la dynamique de la maladie varie d'un pays à l'autre. A l'intérieur d'un même pays il y a des différences.

Cette étude de surveillance permet de disposer de données actualisées sur l'infection par le VIH au Burkina Faso chez trois populations clé (PS-HSH-UD). Mais, surtout du fait des méthodes utilisées et de la couverture spatiale obtenue, cette étude permet de saisir la dynamique des épidémies locales. On sait que la transmission du VIH est locale, de même que sa prise en charge. Pour être efficaces, les réponses doivent être locales et devraient être conçues en fonction du contexte local et des traceurs de la transmission du VIH.

Cette étude a permis d'aborder la question des usagers de drogue et devrait permettre d'ouvrir un vaste chantier sur les UDI dont le premier défi sera de pénétrer le milieu afin d'établir la confiance pour à terme proposer des interventions.

Globalement, chez les trois populations clé étudiées, les résultats en matière d'informations socio-comportementales montrent que la communication pour le changement de comportement portant sur la prévention du VIH et des IST, atteint les différents groupes cibles de façon variable et encore parfois à des niveaux insuffisantes. Le niveau des connaissances exactes sur le VIH et les IST reste globalement faible. L'utilisation du préservatif est à de bons niveaux mais doit atteindre 100% pour être efficace. Des efforts doivent être faits pour que les programmes de prévention (dépistage) touchent le maximum de personnes au sein de populations qui se renouvellent et qui sont soit discrètes, soit cachées.

La prévalence du VIH demeure préoccupante au sein des trois populations mais l'évolution semble favorable. Les efforts de l'ensemble des acteurs pourraient se révéler efficaces. Mais c'est précisément maintenant qu'il faut redoubler d'effort pour atteindre le maximum.

Il est indispensable d'initier une analyse fine de la dynamique locale (à des niveaux géographiques très limités identifiés à partir de ce type d'étude) de l'infection par le VIH afin de bâtir des réponses locales adaptées aux conducteurs de la transmission.

Les suggestions suivantes visent le renforcement de l'action auprès des populations clés.

Pour les 03 populations

- Développer une véritable synergie d'action au niveau local pour assurer une couverture de tous les sites et de tous les individus en ce qui concerne le dépistage et la prévention
- Assurer une continuité et une régularité des interventions sur les sites
- Adapter l'offre aux contraintes des sites et de chaque localité
- Adapter les canaux de sensibilisation en utilisant les réseaux sociaux (ce qui peut atteindre même en cas de mobilité)
- Tenir compte dans la CCCC des aspects suivants :
 - Consommation d'alcool
 - Usage de drogue
- Développer l'offre de prise en charge médicale, notamment par ARV et prise en charge de IST, en tenant compte du type de chaque population et en associant les formations sanitaires du secteur public
- Développer un circuit de prise en charge adaptée (avec des coopérations des structures de prise en charge: centrée sur les individus)
 - possibilité de se faire suivre dans une localité autre que son lieu de résidence;
 - possibilité d'obtenir des ARV pour une longue période
 - possibilité d'obtenir des ARV dans toute structure de traitement
- Former les acteurs locaux à identifier les sites (tenir une base de données) et les membres des communautés

Chez les PS

- sensibiliser sur les risques liés au statut de « petit ami » ou de « partenaire non payant »
- sensibiliser sur le port du préservatif en cas de rapport sexuel anal
- renforcer les capacités à refuser un rapport sexuel sans préservatif
- inclure dans l'offre de soins la SR

Chez les UD

- Tenter de pénétrer le milieu des UDI afin d'organiser la prévention et la prise en charge du VIH.