

RAPPORT D'ETUDE // ENDE SANTE COTE D'IVOIRE

Cartographie Programmatique et Estimation de la Taille des HSH à Abidjan utilisant la méthode PLACE avancée

AVRIL 2017



Table des matières

Table des matières	1
REMERCIEMENTS	5
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	6
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	8
<i>Cartes</i>	8
<i>Figures</i>	8
<i>Tableaux</i>	10
LISTE DES ANNEXES	11
QUELQUES DEFINITIONS OPERATIONNELLES	12
RESUME EXECUTIF - Français	13
<i>Les principaux résultats sont ainsi présentés :</i>	14
Concernant les sites physiques,.....	14
Concernant les sites de rencontre virtuelle.....	16
Raisons et fréquence de fréquentation des sites de rencontre.....	17
Pour le volet biologique.....	17
Concernant les facteurs de risques comportementaux.....	17
Concernant l'accessibilité à l'offre de service :.....	18
Executive Summary - English	23
<i>Main Results</i>	24
Physical sites.....	24
Virtual meeting sites.....	26
Reasons for and frequency of visiting meeting sites.....	26
Biological component.....	27
Behavioral risk factors.....	27
Access to services.....	27
CHAPITRE I : PRESENTATION DE L'ETUDE	29
<i>CONTEXTE ET JUSTIFICATION</i>	29
Contexte de l'étude.....	29
Le projet LINKAGES.....	30
Protocole PLACE: vue d'ensemble et conditions de réalisation.....	31
Intérêt de l'étude.....	31
<i>OBJECTIFS DE L'ETUDE</i>	33
Objectif Général.....	33
Objectifs Spécifiques.....	33
CHAPITRE II : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	34
<i>ACTIVITES PREPARATOIRES</i>	34

Evaluation de la préparation de la cartographie	34
Approbation éthique.....	34
Etablissement de partenariats	35
Contextualisation des outils de collecte	35
Formation des équipes de collecte	35
Acquisition d'intrants.....	36
METHODOLOGIE	36
Type d'étude	36
Zone de l'étude	36
Durée de l'étude	36
COLLECTE DES DONNEES.....	36
Phase 1 : Identification des sites.....	37
Phase 2 : Validation des sites et cartographie	37
<i>Phase 3 : Phase bio-comportementale</i>	<i>38</i>
Volet biologique.....	38
Volet comportemental.....	39
TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	40
Apurement des données.....	40
Analyse des données.....	40
Méthode de réalisation des cartes.....	40
Méthodes d'estimation de taille	41
Estimation des tailles des utilisateurs des sites physiques.....	41
Estimation de la taille de la population HSH d'Abidjan	41
CHAPITRE III : RESULTATS	44
RESULTAT DE LA PHASE A : IDENTIFICATION DES POINTS CHAUDS.....	44
Effectif et profil des informateurs communautaires	44
Distribution des informateurs communautaires selon les communes.....	44
Nombre de sites rapportés et fréquence de rapportage.....	46
Répartition des sites selon la fréquentation par les groupes de population clé.	47
RESULTATS DE LA PHASE 2 : VALIDATION DES SITES PHYSIQUES.....	48
Statut des sites visités	48
Sites HSH confirmés	48
Caractéristiques des informateurs de site (IS)	49
Caractérisation des sites physiques HSH.....	50
Typologie des points chauds HSH	50
Durée d'existence des sites HSH.....	53
Jours et heures d'affluence.....	54
Effectif estimé des HSH usagers des points chauds.....	56
Sites de travail du sexe pour les HSH	60
Fréquentation des sites HSH par d'autres groupes de populations clés	60
Disponibilité des préservatifs sur sites	61

<i>Evaluation de la couverture des sites HSH par les activités de prévention et de prise en charge</i>	62
Evaluation par type d'activité	62
Evaluation selon les communes	64
Evaluation par type de site	67
RESULTATS DE LA PHASE 3	71
Effectifs enquêtés	71
Profil des enquêtés	72
Raisons et fréquence de fréquentation des sites	73
Résultats biologiques	82
Prévalence du VIH	83
Evaluation de la cascade au VIH chez les personnes séropositives	83
<i>Evaluation des risques comportementaux</i>	85
Connaissance de son statut au VIH.....	85
Auto évaluation des risques de contamination au VIH.....	85
Multipartenariat sexuel	86
Utilisation du préservatif	87
Travail du sexe	88
Accessibilité aux programmes de prévention et d'offre de service de soins	88
ESTIMATION DE TAILLE DE LA POPULATION DES HSH A ABIDJAN	89
CHAPITRE IV : DISCUSSIONS	91
<i>IDENTIFICATION ET CARACTERISATION DES SITES OU LES HSH PEUVENT ETRE RENCONTRES OU TOUCHES A ABIDJAN</i>	91
Concernant les sites physiques :	91
Concernant les sites de rencontre virtuelle,	92
Raisons de fréquentation des sites	93
<i>EVALUATION DE LA COUVERTURE EN SERVICES SUR LES SITES HSH</i>	93
Sites physiques ou points chauds	93
Sites virtuels	94
<i>DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES</i>	94
Age de la population HSH à Abidjan	94
Niveau d'étude.....	94
Identité de genre et orientation sexuelle	94
<i>EVALUATION DE L'ACCESSIBILITE DES HSH AUX PRESERVATIFS ET GELS LUBRIFIANTS</i>	95
<i>FACTEURS DE RISQUES BIOCOMPORTEMENTAUX</i>	95
Utilisation du préservatif,	95
Multipartenariat sexuel	95
Travail du sexe	95
Connaissance de son statut VIH.....	96
Recours aux soins en cas de symptômes d'IST	96
<i>ESTIMATION DE LA PREVALENCE ET DE LA CASCADE AU VIH</i>	96
Prévalence au VIH,	96

A propos de la charge virale,.....	97
TAILLE DES POPULATIONS HSH A ABIDJAN.....	97
RECOMMANDATIONS	98
<i>Le développement de stratégies innovantes pour améliorer la couverture des sites physiques et virtuels</i>	<i>98</i>
<i>L'apport de solution aux problèmes d'accessibilité à l'offre de service, aux gels lubrifiants et aux préservatifs</i>	<i>99</i>
<i>Amélioration des connaissances et des comportements vis-à-vis du VIH.....</i>	<i>99</i>
<i>Amélioration de la prise en charge des HSH vivant avec le VIH.....</i>	<i>100</i>
CONCLUSION	101
BIBLIOGRAPHIE.....	102
ANNEXES	103
<i>Annexe 1 : EQUIPE DE RECHERCHE</i>	<i>104</i>
Investigateurs principaux.....	104
Coordonnateur de la recherche.....	104
Superviseur général	104
Gestionnaires des données.....	104
Superviseurs Terrain	104
Facilitateurs.....	104
Pairs éducateurs d'ALTERNATIVE CI.....	104
Pairs éducateurs d'ARC En CIEL PLUS	104
Coordonnateur de la collecte biologique (point focal ASAPSU)	104
Agents dépisteurs (ASAPSU)	104
Agents de collecte	105
<i>Annexe 2 : Valeur des examens pour les charges virales.....</i>	<i>106</i>
<i>Annexe 3 Technical Appendix for Size Estimates MSM Abidjan.....</i>	<i>107</i>
Size Estimates Table for The Number of Men who Have Sex with Men Age 18 and Older in Abidjan	107
1. Capture-Recapture Estimate from Unique Object	108
2. Capture-Recapture Estimate from Internet Survey	110
3. Capture-Recapture Estimate from the Heartland Alliance Survey	110
4. Saturday Night Estimate based on Information from Venue Informant (who is probably not an MSM).....	111
5. Estimate based on Interviews with MSM at Sites During Form C Visits	112

REMERCIEMENTS

L'Université de Caroline du Nord et Enda Santé voudraient saluer l'implication de tous les partenaires techniques et financiers au niveau national à travers leur participation au Comité de pilotage de cette étude : FHI 360 Heartland Alliance International CI, le CDC/PEPFAR, Alliance CI, Expertise France.

De façon particulière, les remerciements vont à l'endroit du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). Le Programme a en effet joué un rôle prépondérant dans le suivi, l'orientation, la supervision et la validation des données. Nous sommes reconnaissants de l'engagement qu'il a montré dans la réalisation de ce projet et nous voudrions remercier Dr Abo Kouamé, Directeur Coordonnateur du Programme National de Lutte contre le Sida, pour son précieux soutien ainsi que toutes les personnes ressources du programme qui nous ont accompagnés.

Nous remercions les structures identitaires : Arc En Ciel Plus, Alternative Côte d'Ivoire qui ont compris l'importance de cette activité et qui se sont naturellement impliquées à travers la mise à disposition de pairs éducateurs et la facilitation des activités sur le terrain auprès des membres de leurs réseaux. L'implication des ONG communautaires a permis la grande mobilisation des HSH des différentes localités assurant ainsi la réussite du projet. Sans le leadership de cette communauté, cette étude n'aurait pas été possible.

Nous sommes heureux des partenariats qui ont pu se noués dans le cadre de la collecte biologique avec notamment ASAPSU dont les agents ont assuré la collecte biologique et le Laboratoire LongChamp qui a effectué le contrôle qualité des résultats biologiques.

Notre gratitude va surtout à l'endroit des femmes et des hommes qui ont contribué à ce projet de recherche et ont accepté de participer à cette étude.

Enfin, nous félicitons et adressons toute notre gratitude à tous les membres de l'équipe de recherche.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ARV	Anti RetroViral
ASAPSU	Association de Soutien à l'AutoPromotion Sanitaire Urbaine
CDC	Centers for Disease Control
CNERCI	Comité National d'Ethique et de Recherche de Côte d'Ivoire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENDA	Environnement Développement Action
EP	Educateurs (Educatrices) de Pairs
FHI-360	Family Health International-360
GPS	Global Positioning system
HSH:	Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IBBS	Integrated Biological Behaviour Survey
IC	Informateurs Communautaires
IS	Informateurs de site
IST	Infection Sexuellement Transmissibles
LINKAGES	Link Across the Continuum of HIV Services for Key Populations Affected by HIV
MICS	Enquête par grappe à indicateurs multiples
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida
PC	Populations Clés
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PLACE	Priorities for Local AIDS Control Efforts
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PS	Professionnelle du Sexe

RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SHARM	Étude sur le VIH et les facteurs de risques associés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Abidjan
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience acquise
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TARV	Traitement Anti RetroViral
TG	Transgenre
TS	Travailleurs/Travailleuses du Sexe
UD	Usagers de Drogues
UDI	Usager de drogue injectable
UNC	University of North Carolina
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Cartes

1. Répartition des sites par type dans la ville d'Abidjan 53
2. Répartition des sites où les TS HSH viennent chercher des clients..... 60

Figures

1. Photo de l'objet unique 42
2. Distribution des informateurs communautaires par quartier 45
3. Fréquence de rapportage des sites..... 46
4. Répartition des sites répertoriés par les IC selon la fréquentation des groupes de population clé 47
5. Statut des informateurs de site 49
6. Répartition des informateurs de site selon le sexe. 50
7. Répartition des informateurs de site par groupe d'âge. 50
8. Distribution des sites HSH par commune et selon le type 52
9. Durée d'existence des sites physiques HSH..... 54
10. Jours d'affluence selon les Informateurs de site (points chauds) 54
11. Jours et heures d'affluence des sites physiques HSH 55
12. Concentration des HSH sur les principaux types de points chauds au moment de faible affluence 57
13. Concentration des HSH sur les principaux types de site aux moments de forte affluence..... 58
14. Effectifs des utilisateurs des points chauds par commune. 58
15. Effectifs des utilisateurs de points chauds HSH par type de site..... 59
16. Fréquentation des sites physiques HSH par d'autres groupes de populations clés 60
17. Fréquence de disponibilité des préservatifs masculins sur site physiques HSH..... 61
18. Fréquence de disponibilité des préservatifs masculins selon le type de site physique 62
19. Couvertures des activités et services liés au VIH/Sida au niveau des points chauds HSH 63
20. Evaluation de la couverture en activité de prévention par commune 64
21. Evaluation de la couverture en distribution de préservatifs par commune..... 65
22. Evaluation de la couverture en distribution de gels lubrifiants par commune 65
23. Evaluation de la couverture des activités de dépistage au niveau des points chauds par commune 66
24. Evaluation de la couverture des visites des points chauds par les pairs éducateurs par commune 66
25. Evaluation de la couverture en distribution de gels lubrifiants par commune 67
26. Couverture en activités de prévention sur les points chauds HSH selon type de site 68
27. Evaluation de la couverture en distribution de préservatifs masculins sur les points chauds HSH selon type de site 68

28. Evaluation de la couverture en distribution de gels lubrifiants masculins sur les points chauds HSH selon type de site	69
29. Evaluation de la couverture d'offre de dépistage sur les points chauds HSH selon type de site..	69
30. Evaluation de la couverture en visite par les pairs éducateurs sur points chauds selon le type de site.....	70
31. Evaluation de la couverture en clinique mobile sur les points chauds HSH selon type de site.....	71
32. Répartition des HSH selon l'âge.....	72
33. Répartition des HSH selon leur identité de genre	72
34. Répartition des HSH selon leur identité de genre	73
35. Raisons de fréquentation des points chauds par les HSH	73
36. Fréquence d'utilisation des points chauds par les HSH	74
37. Préférence des réseaux sociaux (sites virtuels) par les HSH.....	75
38. Fréquence d'utilisation des sites virtuels par les HSH	75
39. Raisons d'utilisation des sites virtuels par les HSH	76
40. Rencontre d'un partenaire sexuel au niveau des sites virtuels au cours des 12 derniers mois	76
41. Information sur la sensibilisation aux VIH et IST sur les sites virtuels.....	77
42. Information sur la prévention du VIH sur les sites virtuels	79
43. Information sur la prévention du VIH sur les sites virtuels	79
44. Information sur la prévention du VIH sur les sites virtuels	80
45. Information sur le VIH sur les sites virtuels	81
46. Conseil des EP sur le VIH sur les sites virtuels	81
47. Information sur les échanges de seringue sur les sites virtuels	82
48. Répartition des dépistés positifs selon la charge virale.....	83
49. Niveau de la charge virale en fonction de la connaissance du statut.....	84
50. Niveau de la charge virale chez les HSH PVVIH connus en fonction de la mise sous traitement ou non	84
51. Connaissance du statut au VIH	85
52. Autoévaluation des risques de contamination au VIH	85
53. Distribution de l'effectif selon le nombre de partenaires (nouveau ou non) au cours des quatre dernières semaines.....	86
54. Distribution de l'effectif selon le nombre de partenaires (nouveau ou non) au cours des quatre dernières semaines.....	87
55. Utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un homme.....	87
56. Fréquence d'utilisation du préservatif au cours 6 derniers mois	88
57. Répartition de l'effectif selon l'exercice du travail de sexe.....	88
58. Evaluation de l'accessibilité aux préservatifs et au gel lubrifiant par les HSH.....	89
59. Evaluation du recours aux soins en cas d'IST.....	89

Tableaux

Tableau 1. Partenaires de mise en œuvre de la cartographie PLACE en Côte d'Ivoire	35
Tableau 2. Profil des informateurs communautaires	44
Tableau 3. Nombre d'IC interviewés par commune.....	45
Tableau 4. Répartition des sites au sein des communes de la ville d'Abidjan.	47
Tableau 5. Répartition des sites visités selon le statut.....	48
Tableau 6. Répartition des sites HSH confirmés par commune	48
Tableau 7. Répartition des sites selon le type.....	51
Tableau 8. Effectif moyen de HSH sur les sites aux moments de faible affluence selon les communes ...	56
Tableau 9. Effectif estimé des HSH au moment de forte affluence	57
Tableau 10. Disponibilité des préservatifs masculins par commune	61
Tableau 11. Effectifs enquêtés au cours de la phase bio comportementale (formulaire C).....	71
Tableau 12. Répartition de l'effectif enquêté au cours du sondage en ligne selon le site de recrutement	74
Tableau 13. Répartition de la population dépistée par commune de recrutement	83
Tableau 14. Résultats obtenus selon les méthodes d'estimation de taille de la population de HSH à Abidjan	90

LISTE DES ANNEXES

- Equipe de recherche
- Lettre d'approbation du Comité Ethique de Côte d'Ivoire
- Formulaire A
- Formulaire B
- Formulaire C-sites physiques
- Formulaire C-Sondage en ligne
- Liste des sites HSH
- Tableau présentant les valeurs des examens pour les charges virales
- Résultats du contrôle qualité

QUELQUES DEFINITIONS OPERATIONNELLES

HSH : Il s'agit des hommes qui ont des rapports sexuels anaux ou oraux avec des hommes, qu'ils aient ou non des rapports sexuels avec des femmes.

Travailleur de sexe HSH (TS HSH) : Le travailleur de sexe HSH est défini comme un homme qui pratique des activités sexuelles avec d'autres hommes en échange d'argent, des biens matériels ou des faveurs.

Transgenre : Personnes dont le genre (l'identité psychique et sociale reliée aux concepts d'homme et de femme, ou identité sexuelle complète) entre en conflit avec son sexe biologique

Site : Il s'agit d'un endroit de socialisation et ou de rencontre de partenaire sexuel. Il peut être physique ou virtuel.

Un site de rencontre de partenaire sexuel : Un site de rencontre de partenaire sexuel est un endroit décrit par les informateurs communautaires comme un lieu de rencontre de partenaires ou de nouveaux partenaires à priori hétérosexuel. Il peut s'agir de sites décrits comme site de "branchés" et reconnus comme sites de rencontre.

Point chaud : Ce terme permet de distinguer les sites physiques des sites virtuels. Un point chaud ou site physique sera donc un endroit de rencontre physique.

Site HSH : Un site HSH est défini comme un site de rencontre fréquenté exclusivement ou en majorité par des HSH.

Site non HSH : Un site non HSH mais site de travail du sexe est défini comme un site fréquenté par des travailleurs ou travailleuses du sexe en majorité.

Bar Formel, Nightclub, Disco : Boîte de nuit ou dancing dans un espace clos, climatisé servant toutes sortes de boisson alcoolisées avec de la musique.

Bar informel : Distillerie, bistrot, petit endroit pour consommation de boissons locales.

Maquis : Espace ouvert où l'on peut consommer de la nourriture, de l'alcool et autres boissons fabriquées en usine (boisson non locale).

Salons de coiffure : Espace commercial réservé à l'entretien capillaire.

RESUME EXECUTIF - Français

Le projet « Liens à travers le continuum de services liés au VIH » ou projet LINKAGES, financé par l'agence américaine d'aide au développement international (USAID), apporte un soutien technique aux efforts nationaux pour contrôler l'épidémie du VIH en ciblant prioritairement les populations clés (PC).

Le projet LINKAGES est mis en œuvre par FHI 360, en partenariat avec Pact, IntraHealth International et l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, et entreprend une série d'activités visant à réduire la transmission du VIH au sein de groupes clés à savoir les travailleuses du sexe (TS), les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les usagers de drogues (UD) en améliorant leur enregistrement et leur rétention au niveau de la prise en charge et du traitement à travers la Cascade du VIH.

Afin de garantir l'efficacité de ces interventions, il était important de disposer de données factuelles pouvant orienter la prise de décisions. A cet effet, l'Université Caroline du Nord (UNC) dans le cadre d'une contractualisation a mandaté Enda Santé pour la mise en œuvre d'une cartographie programmatique des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) à Abidjan et des travailleuses du sexe (TS) à Yamoussoukro.

La cartographie des sites HSH à Abidjan vise notamment à localiser et décrire les sites de rencontre de nouveaux partenaires sexuels et à apprécier les charges virales chez les HSH dépistés positifs des personnes au cours de l'étude. Elle permettra également d'apprécier la couverture d'offre de service de soins et de dépistage des sites et d'estimer la taille de ces populations cibles à Abidjan.

Deux groupes de sites ont été concernés : les sites physiques (points chauds) et les sites virtuels (réseaux sociaux dédiés aux HSH).

Pour la collecte relative aux sites physiques, une phase pilote a été menée afin de peaufiner le dispositif mis en place pour l'étude. La commune d'Abobo a été choisie pour conduire la phase pilote de l'étude. Le choix de la commune d'Abobo pour conduire la phase pilote de l'étude se fonde d'abord sur la densité de sa population générale, (23,4% de la population abidjanaise). De plus, les rencontres préparatoires de la cartographie avec les partenaires ASAPSU et ALTERNATIVE ont relevé que la commune d'Abobo présentait plus de défis en termes de faisabilité, et permettrait donc un plus grand nombre de leçons apprises.

Le passage à échelle (9 autres communes d'Abidjan) a duré du décembre à juin 2017. Par la suite, les données de la phase pilote et celles relatives aux autres communes ont été fusionnées au sein d'une base unique.

Pour cette cartographie des sites physique, la méthode « PLACE avancée », développée par UNC a été utilisée. Elle comporte une phase préparatoire consistant en (i) une revue documentaire, une évaluation des risques pour les populations clés sur la base d'un outil dénommé outil d'évaluation de la cartographie ou « Mapping Readiness Assessment » et l'élaboration d'une liste initiale des sites des populations et (ii) un travail de contextualisation des outils utilisés et la phase de collecte.

La collecte proprement dite comprend trois étapes :

- L'identification des sites fréquentés par les populations clés (toutes confondues : TS, HSH et UD) auprès d'informateurs communautaires, grâce au formulaire A ;
- La validation des sites qui comprend une interview (formulaire B) sur site d'un informateur de site et si possible d'un membre des populations clés et l'enregistrement des coordonnées géographiques (GPS)
- L'étape bio comportementale dans un échantillon de sites auprès de tous les hommes volontaires pour le dépistage VIH et la quantification de la charge virale chez les hommes déclarés séropositifs. En plus de ce volet biologique, un questionnaire (formulaire C) a été appliqué et a renseigné sur les facteurs de risque bio comportementaux.

Ces données relatives aux sites physiques ont été complétées par celles recueillies par sondage en ligne. Le sondage en ligne a consisté à recruter 4 pairs éducateurs sur la base de leur "popularité" dans la communauté. Ces pairs avaient des profils variés : actif ou passif, usager de drogue, travailleur du sexe etc... Ils ont été chargés de recruter via différents réseaux (sites internet, Facebook, groupes Whatsapp, Viber...) des participants et de leur appliquer un formulaire C adapté. Pour éviter les doublons, une question était posée : "Avez-vous participé à la cartographie des points chauds HSH organisée par Enda Santé ?"

Les données recueillies via le formulaire C adapté ont permis de renseigner sur l'utilisation des réseaux sociaux comme moyen de socialisation pour les HSH mais aussi sur les facteurs de risques bio comportementaux. Ces dernières données ont été d'ailleurs fusionnées à celles obtenus auprès des HSH sur les sites physiques au cours de la phase de collecte (étape iii) pour une analyse plus complète.

La taille estimée définitive a été obtenue après ajustement de trois méthodes : la méthode de l'objet unique, l'estimation par facteurs multiplicateurs à travers la prise en compte de deux facteurs à savoir la participation à l'étude biologique de Heartland qui s'est tenue en juillet 2016 et la participation au sondage en ligne.

Les principaux résultats sont ainsi présentés :

Concernant les sites physiques,

Au total, 1.513 points chauds, sites de rencontre HSH et non HSH ont été énumérés au cours de l'étape 1. Dans cette étape, 3.045 informateurs communautaires (IC) avec des profils divers ont été interrogés. Il s'agissait notamment de commerçants ou vendeurs ambulants (28%), coiffeurs (10%), sans emploi (10%) ou jeunes scolarisés ou étudiants (7%) ou membres de populations clés (3%). Ces IC ont été recrutés dans l'ensemble des zones ou sous quartiers des 10 communes d'Abidjan avec un maximum à Yopougon (838 IC) et un minimum au Plateau (24 IC). Rapportée à la population générale, on retrouve un ratio moyen de 35IC/50.000 habitants.

Sur les 1.513 sites répertoriés, 1.353 (89,4%) étaient déclarés comme sites fréquentés par les Travailleuses du sexe ou d'autres types de populations clefs et 693 (45,8%) comme sites de fréquentation des HSH dont 66% comme sites de travail sexuel pour les HSH.

Aux 693 sites HSH identifiés par les IC, 20 sites supplémentaires ont été ajoutés sur indication des informateurs de site au cours de la phase de validation. En plus, un échantillon de 20% (sur 164 sites) des sites non HSH, ont été recherchés, conformément au protocole. Ce qui donne un total de 877 sites recherchés. Sur l'ensemble de ces sites, 57 sites se sont avérés être des doublons, 575 sites ont été retrouvés fonctionnels tandis que 112 sites n'ont pu être retrouvés, 64 sites étaient fermés et 69 n'ont pu être visités bien que retrouvés.

216 sites ont été effectivement confirmés comme points chauds HSH par les informateurs de sites. Ces informateurs étaient en majorité des propriétaires/managers de sites ou faisant partie du staff (63%). Les autres sont soit des clients (13%) soit des riverains ou membres des populations clés (24%). Ce sont à 85% des hommes qui ont moins de 30 ans dans 55% des cas.

La typologie des sites est diverse mais il ressort dans l'ensemble que dans la ville d'Abidjan les principaux types de sites sont les bars formels (31,5%), les maquis (24,7%) et les domiciles (12%). Cocody est la commune qui renferme le plus grand nombre de sites (21,30%) devant les communes de Yopougon et Abobo avec chacune 19,4% des sites. On rencontre une proportion plus grande de domiciles à Port-Bouet (34,6%), Abobo (24%) et Adjamé (20%) qu'à Yopougon où la grande majorité des sites sont des maquis (38,1%).

Ces sites HSH sont en général des sites mixtes. En effet, 68% des sites confirmés HSH sont également fréquentés par les travailleuses du sexe (TS). Plus de 30% sont également fréquentés par les usagers de drogue injectables. Selon 69% des informateurs, leurs sites sont des lieux où les HSH qui ont des rapports sexuels pour de l'argent viennent chercher des clients.

Les plus fortes affluences sont enregistrées les weekends, c'est-à-dire les vendredis (96,76% des sites), samedi (96,30% des sites) et dimanche (96,730% des sites) à partir de 17 heures et ce, jusqu'au petit matin à 6 heures. Pour ces trois jours, les moments les plus « chargés » se situent de 21h à 24h (71% des sites le vendredi, 69% le samedi et à 68% des sites le dimanche).

Ces horaires sont également respectés en termes d'affluence les autres jours de la semaine confirmant ainsi l'importance des activités et de la fréquentation des sites en soirée.

Aux moments de forte affluence, on retrouve en moyenne 13 HSH par site et au total, on peut estimer le nombre de HSH usagers des sites physique ou points chaud à environ 2 462 individus à ces moments là

Lorsqu'on s'intéresse à la disponibilité des préservatifs sur ces sites HSH au cours des 6 derniers mois, on constate que les préservatifs sont toujours disponibles sur moins d'un site sur quatre (23%) et près de la moitié des Informateurs de Site (IS) (49%) déclarent que les préservatifs ne sont jamais disponibles sur

leur site. Les communes sont diversement couvertes, de 0% à 40% de disponibilité de préservatifs sur les sites selon les communes, avec un minima au Plateau et Treichville et la maximum à Attécoubé.

L'évaluation de la couverture des points chauds par les services de prévention ou de prise en charge et de dépistage montre que de façon générale peu d'activités de prévention ou de prise en charge ont été menées au cours des six derniers mois. Les taux de couverture vont de 5,37 à 24,54% au cours des six derniers mois selon le type d'activité. Ainsi sur les 216 sites HSH :

- 19,02% des sites HSH ont été couverts par une activité de prévention au cours des 6 mois précédant l'enquête, 13,66% pour plus de 6 mois et 66,83% n'avaient jamais hébergé d'activité de prévention.
- Plus de deux sites HSH sur trois (79,02%) n'ont jamais été couverts par une activité de distribution des préservatifs masculins. Seulement moins d'un site sur cinq (12,2%) a été au cours des 6 derniers mois et 14,15% ont été couverts il y a plus de 6 mois.
- De même, la distribution des lubrifiants n'apparaît pas comme une activité routinière sur les sites. En effet, selon les informateurs de site, 3 sites sur 4 n'ont jamais connu ce type d'activité. Seulement 16% des sites ont reçu une distribution de lubrifiants au cours des 6 derniers mois et 7% des sites ont bénéficié de lubrifiants il y a de cela plus de 6 mois.
- Dans l'ensemble, seulement 15% des sites ont bénéficié du dépistage sur site et notamment 11% seulement au cours des 6 derniers mois.
- Selon les Informateurs de site (IS), 3 sites sur 4 n'ont jamais reçu une visite des EP dans le cadre d'une sensibilisation sur le VIH/Sida. Seulement 16% des IS affirment avoir reçu des EP sur leurs sites dans le cadre d'une sensibilisation, au cours des 6 derniers mois. Ces résultats viennent confirmer tous les résultats précédents
- De toutes les activités de prévention, la visite de clinique mobile apparaît comme celle qui n'a jamais existé sur les sites de fréquentation des HSH. 89% des sites de la ville d'Abidjan n'ont jamais reçu cette visite. Seulement 10% des IS ont déclaré avoir reçu une la visite de clinique mobile sur leurs sites dont la moitié au cours des 6 derniers mois.

On note des écarts selon les communes. L'évaluation selon les communes indique en effet qu'aucun site du Plateau et la quasi-totalité des sites de Cocody n'ont jamais accueilli d'activité de prévention. La commune d'Abobo reste la seule commune avec plus de la moitié de ses sites (55%) qui ont bénéficié au cours des 6 derniers mois d'activités de prévention.

Selon la typologie des sites, les écarts de couverture par les interventions sont globalement en faveur des domiciles et salons de coiffure. Ces sites sont notamment ceux qui sont le plus visités par les Educateurs de Pairs (EP) ce qui peut laisser suggérer que les réseaux personnels sont privilégiés par les EP au profit des espaces publics (bars, maquis, rue...) pour les interventions rentrant dans le cadre de leur paquet d'activités.

Concernant les sites de rencontre virtuelle

261 HSH résidant à Abidjan et majoritairement recrutés sur Facebook (30,65%) et Planet Roméo (29,89%) ont participé à l'enquête en ligne. Ces deux sites représentent d'ailleurs les préférences de

connexion pour les HSH : 81,61% de l'effectif est sur Facebook de même qu'une proportion de 60,54% pour Planet Roméo. Les applications mobiles telles que Whatsapp et Grindr sont aussi très utilisées (respectivement 48,66% et 38,31% de l'effectif).

Raisons et fréquence de fréquentation des sites de rencontre

Elles sont différentes selon le type de site. En effet alors que la plupart des HSH rencontrés au niveau des points chauds affirment que leur fréquentation des sites est liée juste à la socialisation. (92,60%), la grande majorité des HSH fréquentant les sites virtuels répondent rechercher en premier des partenaires sexuels (97%).

Les HSH sur les sites virtuels sont plus fréquents : 65% d'entre eux, se connectent tous les jours. Sur les sites physiques par contre, 30,14% des HSH enquêtés (plus forte proportion) étaient à leur première visite.

Pour le volet biologique

Le dépistage a été organisé sur 29 sites physiques auprès de 365 HSH volontaires. La prévalence au VIH est estimée sur la base des résultats biologiques à 12,33% (45/365) dont seuls 26,67% (12/45) connaissaient leur statut de séropositif.

La charge virale était supérieure au seuil détectable chez la grande majorité : 80,6% (29/36) des HSH dépistés positif, et indétectable chez 19,4% (7/36) d'entre eux. On retrouvait des charges virales supérieures à 40 copies/ml (donc détectables) à 86,21% (25/29) chez les HSH nouveaux dépistés positif contre 57,14% (4/7) des HSH vivant avec le VIH connus. Dans ce dernier groupe, tous les HSH séropositifs connus et qui n'étaient pas sous traitement (2/7) avaient des charges virales supérieures à 40 copies/ml donc détectables.

Concernant les facteurs de risques comportementaux

La recherche des facteurs de risques comportementaux a été faite auprès de 525 HSH dont 352 sur les sites physiques et 173 sur les sites virtuels après élimination des doublons c'est-à-dire des HSH qui ont participé à la fois à l'enquête sur site physique et sur site virtuel.

- Ils sont âgés de 18 à 49 ans avec un âge moyen de 25 ans. Et, ont pour moitié (51,43%) fini le cycle secondaire.
- Ils se déclarent de sexe masculin à majorité (70%) contre 21% qui se déclarent de sexe féminin.
- 61,24% se disent homosexuels et 36,55% qui se déclarent bisexuels.
- Les facteurs de risque vis-à-vis du VIH sont liés à : l'ignorance de son statut au VIH (23,6% n'a jamais subi un test de dépistage au VIH), à la aux risques personnels (18,46% déclarent de courir aucun risque et 41% un risque faible) alors que parallèlement seuls 32% des HSH ont déclaré avoir toujours utilisé le préservatif au cours des 6 derniers mois. Enfin, le multipartenariat est constaté : les HSH déclarant en moyenne 2,7 partenaires sexuels masculins et 2,3 partenaires féminins au cours des 4 dernières semaines.

- Ce sont 49,3% des HSH qui ont eu plus d'un partenaire sexuel masculin au cours des 4 dernières semaines et ce avec plus d'un nouveau partenaire dans 61,78% des cas. On compte aussi dans 25,90% des cas plus d'une partenaire sexuelle, dont plus d'une nouvelle partenaire pour 41,91% des cas au cours des quatre dernières semaines.
- Seuls 11% se déclarent travailleurs du sexe, par contre, 27% reconnaissent avoir déjà eu des rapports sexuels en échange d'argent au cours des 3 derniers mois.

Concernant l'accessibilité à l'offre de service :

- environ 84% des HSH estiment qu'il est aisé de disposer de préservatif contrairement aux gels lubrifiants. En effet, Seulement 37% estime avoir une facilité d'accès au lubrifiant.
- 28% des HSH ont déclaré avoir manifesté au cours des 12 derniers mois des symptômes d'IST et 39% de ces derniers n'ont pas eu recours aux soins.
- 1 HSH sur 10 affirme s'être déjà senti mal reçu dans les services de santé parce que quelqu'un savait qu'il a des rapports sexuels avec des hommes
- 23% des HSH déclarent qu'ils ont déjà eu peur d'aller dans les services de santé parce qu'ils s'inquiètent que quelqu'un apprenne qu'ils ont des rapports sexuels avec des hommes

Cette étude sur la caractérisation des sites montre globalement qu'il n'y a pas de cloison entre les populations clés. TS, HSH et UD fréquentent généralement les mêmes sites pour la rencontre de nouveaux partenaires. Cette particularité peut faciliter la mise en œuvre des activités même s'il faut tenir compte de la spécificité des sites privés.

Un constat global est également que les interventions de prévention sont insuffisantes. Elles présentent à la fois des insuffisances du point de vue de la couverture des sites mais également en terme de cibles touchées. Elles doivent pour être plus efficaces tenir compte de la spécificité de la cible et intégrer des approches permettant d'atteindre les HSH "cachés" notamment ceux ne fréquentant pas les sites physiques.

Le tableau suivant fait une synthèse des résultats clés.

RESULTATS PHASE 1	
Nombre d'informateurs clés interrogés	3 045
Nombre total de points chauds signalés par des informateurs clés	1 513
Nombre de sites pré identifiés comme sites HSH	693
RESULTATS PHASE 2	
Nombre de sites visités	877
Nombre de sites fonctionnels	575
Nombre d'informateurs de sites interrogés	564
Nombre de populations HSH interrogées	186
Nombre de sites confirmés comme sites HSH	216
Classification des sites physiques HSH (N= 216)	
Endroits pour manger/boire/dormir	62%
Espaces publics	22,2%

Autres : domiciles, salon de coiffure...		15,7%
Type de populations rencontrées dans les points chauds HSH (N=216)		
Sites où on retrouve des Travailleuses du sexe		68,1%
Sites où on retrouve des UD femmes		31,9%
Sites où on retrouve des UD hommes		36,1%
Sites où on retrouve des HSH travailleurs du sexe		65,7%
Sites où on retrouve des femmes transgenres		33%
Jours et heures d'affluence au niveau des points chauds (N=216)		
Jours d'affluence	Vendredi	97,76%
	Samedi	96,03%
	Dimanche	96,03%
Heures d'affluence	17h-6h	62% à 71% (selon les jours)
Effectif des HSH dans les points chauds (N=185)		
Effectif total moyen par site aux moments de forte affluence		2 462
Effectif total moyen par site aux moments de faibles affluences		943
Effectif total moyen		1703
Effectif moyen par site		9
Effectif moyen au moment de forte affluence		13
Disponibilité des préservatifs dans les points chauds HSH (N=216)		
Jamais disponibles		48,8%
Quelques fois disponibles		26,8%
Toujours disponibles		23,4%
Couverture de l'offre de services des sites physiques ou points chauds HSH (N=216)		
Activités de prévention	Plus de 06 mois	19,0%
	Moins de 06 mois	13,7%
	Jamais	66,8%
Distribution de préservatifs masculins	Plus de 06 mois	19,0%
	Moins de 06 mois	14,2%
	Jamais	66,3%
Distribution de lubrifiants	Plus de 06 mois	15,6%
	Moins de 06 mois	7,3%
	Jamais	76,6%
Dépistage sur site	Plus de 06 mois	11,2%
	Moins de 06 mois	4,4%
	Jamais	83,4%
Education sur les rapports sexuels protégés	Plus de 06 mois	15,1%
	Moins de 06 mois	6,3%
	Jamais	76,6%
Visites de pairs éducateurs	Plus de 06 mois	16,1%
	Moins de 06 mois	7,8%
	Jamais	75,6%
Clinique mobile	Plus de 06 mois	5,4%
	Moins de 06 mois	4,9%

	Jamais	89,3%
RESULTATS PHASE 3		
Nombre de contacts		626
Nombre de sites physiques touchés		29
Nombre de HSH enquêtés et dépistés sur les sites physiques		365
Nombre de sites virtuels ayant servi pour le recrutement		8
Nombres de HSH enquêtés sur les sites virtuels		261
Nombre de doublons		101
Caractéristiques socio démographiques des HSH (N=525)		
Age moyen		25 ans
Age maximum		49 ans
Pic d'âge		18-24 ans (53,9%)
Niveau d'étude supérieur au cycle secondaire		51,4%
Identité de genre	Masculin	70,5%
	Féminin	21%
	Autre	8,6%
Orientation sexuelle	Homosexuel	61,4%
	Bisexuel	36,6%
	Autre ,	2,0%
Raisons et fréquence de fréquentation des sites physiques (N=365)		
Raisons de fréquentation	Socialiser	92,6%
	Trouver des partenaires sexuels	10,4%
	Boire de l'alcool	11,8%
	Travailler	7,7%
Fréquence d'utilisation des points chauds	2-3 fois/sem	15,6%
	Chaque jour	9,3%
	Première fois	30,1%
Raisons et fréquence de fréquentation des sites virtuels (N=261)		
Sites internet et applications utilisées	Facebook	30,7%
	Planet Roméo	29,9%
	GRINDR	17,6%
	WHATSAPP	15,3%
	IMO	4,2%
	AUTRES	2,3%
Sites préférés	Facebook	81,6%
	Planet Roméo	60,5%
	GRINDR	38,3%
	WHATSAPP	48,7%
Raisons de fréquentation	Trouver des partenaires sexuels	96,9%
	Socialiser	67,4%

	Travailler	13,4%
Fréquence d'utilisation des sites virtuels	Chaque jour	67,1%
	4 à 6 fois/sem	16,5%
	3-3 fois/sem	10%
	Première fois	1,5%
Dépistage au VIH (N=365)		
Prévalence au VIH		12,3%
Nouvellement dépistés positif		33 (9%)
PVVIH connus		12 (3,3%)
Evaluation de la cascade au VIH (N=35)		
Niveau de la charge virale dans la population des dépistés positif	Indétectable (inférieure ou égale à 40 copies/ml)	19.4%
	Détectable	80.6%
Niveau de la charge virale chez les PVVIH connus sous traitement (n=5)	CV indétectable	60%
	CV détectable	40%
Niveau de la charge virale chez les PVVIH connus non traités (n=2)	CV indétectable	0%
	CV détectable	100%
Niveau de la charge virale chez les PVVIH nouvellement dépistés positif (n=28)	CV indétectable	14%
	CV détectable	86%
Facteurs de risques comportementaux (N=525)		
HSH ayant déjà subi un test de dépistage		76,4%
Evaluation du risque personnel	Risque élevé	14,3%
	Risque moyen	24,3%
	Risque faible	40,7%
	Aucun risque	18,5%
	Déjà infecté	2,3%
Proportion de HSH ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 4 dernières semaines	Partenaire masculin	49,3%
	Partenaire féminin	25,9%
Nombre moyen de partenaires sexuels au cours des 4 dernières semaines	Masculin	2,7
	Féminin	2,3
Nombre moyen de nouveaux partenaires sexuels au cours des 4 dernières semaines	Masculin	2,2
	Féminin	1,8
HSH ayant utilisé des préservatifs au cours du dernier rapport sexuel	Avec un partenaire masculin	75,1%
	Avec un partenaire féminin	43,1%
Habitudes d'utilisation du préservatif au cours des 06 derniers mois	Toujours	32,0%
	Souvent	34,8%
	Occasionnellement	29,7%
	Non	3,0%
	N'utilisera jamais	0,5%

HSH ayant accepté une relation sexuelle en échange d'argent au cours des 3 dernier mois		27,4%
Evaluation de l'accessibilité aux services (N=525)		
	n	%
HSH déclarant avoir des difficultés pour se procurer des préservatifs.	525	16%
HSH déclarant avoir des difficultés pour se procurer du gel lubrifiant.	525	59,8%
HSH ayant reçu des préservatifs d'un travailleur communautaire au cours des 6 derniers mois.		61,14
HSH ayant manifesté au cours des 12 derniers mois des symptômes d'IST	525	28,2%
HSH déclarant avoir eu recours à des soins pour des signes d'IST	148	60,8%
Estimation de la taille des HSH de la ville d'Abidjan		
Taille estimée	5 000 – 6 000	
Minimum		
Maximum		
Proportion estimée par rapport à la population 15-49 ans d'Abidjan		
Minimum		
Maximum		

Executive Summary - English

With support from the U.S. Agency for International Development (USAID), the Linkages across the Continuum of HIV Services for Key Populations Affected by HIV (LINKAGES) project provides technical support to national efforts that aim to control the HIV epidemic by focusing on key populations.

The LINKAGES project is implemented by FHI 360 in partnership with Pact, IntraHealth International, and the University of North Carolina (UNC) at Chapel Hill and supports a series of activities to reduce HIV transmission among key populations, namely female sex workers (FSWs), men who have sex with men (MSM), and people who inject drugs (PWID), by improving their enrollment and retention in treatment and care across the HIV cascade.

To ensure the effectiveness of these activities, it was important that decision making be driven by strong evidence. With this aim in mind, UNC contracted Enda Santé to conduct a programmatic mapping exercise for MSM in Abidjan and FSWs in Yamoussoukro. In particular, the mapping of MSM sites in Abidjan aimed to locate and describe the sites where MSM meet new sexual partners and to measure the viral load of the MSM who tested positive during the study. It also allowed the organization to evaluate the level of coverage for care and testing services in the area and to estimate the size of the target population in Abidjan.

Two types of sites were included in the mapping process: physical sites (i.e., hot spots) and virtual sites (i.e., online social networks dedicated to MSM).

To refine the data collection process for physical sites, the team conducted a pilot phase in the commune of Abobo. The Abobo commune was chosen for the pilot phase because of its general population density (23.4 percent of the Abidjan population). However, the preparatory mapping meetings with local Association de Soutien à l'AutoPromotion Sanitaire Urbaine (ASAPSU) and ALTERNATIVE partners also indicated that the Abobo commune had challenges in terms of feasibility, which would create opportunities for “lessons learned.”

Mapping scale-up, which added nine additional Abidjan communes, took place from December through June 2017. The data from the pilot phase and the scale-up were then merged into a single database.

To map the physical sites, the organization used the “Advanced PLACE” method developed by UNC. This method included a preparatory phase consisting of 1) a document review, a risk assessment for key populations that used an instrument called the “Mapping Readiness Assessment,” and the development of a list of primary hot spots and 2) the development of a methodology document describing the data collection process and key research tools.

Data collection in Abidjan consisted of three phases:

1. The identification, through community informants (CI), of sites frequented by all key populations (i.e., FSWs, MSM, PWID) (Form A)

2. The validation of these sites, which consisted of an on-site interview (Form B) with a site informant and a member of a key population (when possible), and the mapping of geographic coordinates using a global positioning system
3. A bio-behavioral phase in a sample of sites from all men volunteering for HIV testing, including viral load testing for those found HIV-positive and implementation of a questionnaire (Form C) to gather information on bio-behavioral risk factors

The data related to physical sites were complemented by those collected through an online survey. To help recruit survey participants, four peer educators were first recruited based on their “popularity” in the community. These peers had varied profiles (e.g., active, passive, drug user, sex worker). They were responsible for recruiting survey participants via different networks (e.g., Internet sites, Facebook, WhatsApp groups, Viber) and administering a customized version of Form C (i.e., the questionnaire). To avoid recruiting the same participants from physical and virtual sites, the following question was asked: “Have you participated in the MSM hot spot mapping exercise organized by Enda Santé?”

The data collected using the customized Form C provided information on the use of social networks as a means of socialization for MSM, but also information on bio-behavioral risk factors. The latter data were then merged with those obtained from MSM at the physical sites during the data collection phase (i.e., phase 3) for a more complete analysis.

The estimate of size was finalized after evaluating it against three methods: the unique object method, an estimation using multiplying factors to understand participation in the Heartland biological study from July 2016, and participation in the online survey.

Main Results

Physical sites

In total, 1,513 hot spots (i.e., MSM and non-MSM meeting sites) were counted during Phase 1. In this phase, 3,045 CIs with varied profiles were interviewed. These informants were primarily merchants or street vendors (28 percent), barbers (10 percent), unemployed (10 percent), in-school youth or students (7 percent), or members of key populations (3 percent). These CIs were recruited throughout the zones or neighborhoods of the 10 Abidjan communes, with the majority in Yopougon (838 CIs) and the fewest in Plateau (24 CIs). The average ratio of CIs to the general population was 35 CIs/50,000 residents.

Of the 1,513 documented sites, 1,353 (89.4 percent) were declared as popular sites for FSWs or other types of key populations, and 693 (45.8 percent) as popular sites for MSM, including 66 percent as sites with MSM sex work.

Twenty additional sites were added to the 693 MSM sites identified by the CIs, based on the information from site informants during the validation phase. In addition, 20 percent of the 164 non-MSM sites were investigated, in accordance with the protocol. This brought the total to 877 investigated sites. Within

this total, 57 sites proved to be duplicates, 575 were found to be in operation, 112 could not be found, 64 were closed, and 69 were located but unable to be visited.

A total of 216 sites were confirmed to be MSM hot spots by site informants. These informants were primarily site owners/managers or staff members (63 percent), clients (13 percent), and local residents or members of key populations (24 percent). Approximately 55 percent of these men were under the age of 35.

Overall, the types of sites were diverse, but the most popular in Abidjan were formal bars (31.5 percent), maquis (24.7 percent), and homes (12.0 percent). Cocody commune had the highest proportion of overall sites (21.3 percent), followed by Yopougon and Abobo (19.4 percent each). The communes with the highest proportions of homes were Port-Bouet (34.6 percent), Abobo (24.0 percent), and Adjamé (20.0 percent), compared with Yopougon, where most sites were maquis (38.1 percent).

Additionally, the MSM sites were generally mixed sites. Approximately 68 percent of confirmed MSM sites were also frequented by FSWs, and more than 30 percent of sites were frequented by PWID. According to 69 percent of informants, their sites were places where MSM who have sex for money come to find clients.

The highest attendance was recorded on weekends, especially Fridays (96.76 percent of sites), Saturdays (96.3 percent of sites), and Sundays (96.73 percent of sites) from 5 p.m. until 6 a.m. For these three days, the most people were observed from 9 p.m. until midnight (71 percent of sites on Fridays, 69 percent on Saturdays, and 68 percent of sites on Sundays). These were also the hours of highest attendance on the other days of the week, which confirmed the prominence of the activities and the importance of visiting these sites during the evening.

During peak times, an average of 13 MSM could be found on-site, and we estimated that approximately 2,462 individuals visited these physical sites or “hot spots” collectively during peak times. With regard to the availability of condoms at MSM sites over the past six months, condoms were available at less than one in four sites (23 percent), and nearly half of the site informants (49 percent) stated that condoms were never available at these physical sites. Condom distribution varied greatly across the communes, ranging from 0 percent to 40 percent, with the highest availability in Attécoubé and the lowest in Plateau and Treichville.

The assessment of prevention or HIV testing and care coverage for hot spots showed that very few prevention or care activities were conducted during the previous six months. The overall coverage rates ranged from 5.37 percent to 24.54 percent, depending on the type of activity. Among the 216 MSM sites:

- One prevention activity was offered at 19.02 percent of sites during the six months before the study; 13.66 percent of the sites had offered at least one activity more than six months ago, and 66.83 percent reported having never hosted a prevention activity.

- More than two out of three MSM sites (79.02 percent) had never been offered male condom distribution activities. Less than one in five sites (12.2 percent) had offered these services in the previous six months, and 14.15 percent had offered them more than six months ago.
- The distribution of lubricant did not appear to be a routine on-site activity. According to site informants, three out of four sites had never received lubricant for distribution. Only 16 percent of sites had received lubricant during the past six months, and 7 percent had received lubricant more than six months ago.
- Only 15 percent of sites had HIV testing conducted on-site, and, notably, only 11 percent had hosted testing during the past six months.
- According to the site investigators, three out of four sites had never received a visit from peer educators in the context of sensitization about HIV/AIDS. Only 16 percent of site investigators had received a visit from peer educators for on-site sensitization during the previous six months. These results confirmed all previous findings.
- Of all prevention activities, mobile clinic visits seemed to have never occurred at MSM sites. In Abidjan, 89 percent of MSM sites were never visited by a mobile clinic, and only 10 percent of site investigators stated that they had been visited by a mobile clinic on-site, half of which had occurred during the previous six months.

There were various differences among the communes. The community assessment indicated that none of the sites in Plateau and almost none of the sites in Cocody had ever had prevention activities. Abobo was the only community where more than half of sites (55 percent) had conducted prevention activities during the previous six months.

According to the typology of the sites, intervention coverage was heaviest in homes and hair salons. These were the sites most often visited by peer educators, which may suggest that peer educators favor personal networks over public spaces (i.e., bars, maquis, streets) for the interventions that are part of their activity package.

Virtual meeting sites

A total of 261 MSM residing in Abidjan and primarily recruited on Facebook (30.65 percent) and Planet Roméo (29.89 percent) participated in the online survey. The websites used most often by MSM were Facebook (81.61 percent) and Planet Roméo (60.54 percent). Mobile applications such as WhatsApp and Grindr were also highly used (48.66 percent and 38.31 percent of participants, respectively).

Reasons for and frequency of visiting meeting sites

Reasons for visiting meeting sites varied according to site type. While most MSM found at hot spots reported that they frequented these sites to socialize (92.60 percent), the majority of MSM who frequented virtual sites responded that they were primarily seeking sexual partners (97 percent).

MSM visits to virtual sites were more frequent than visits to physical sites; 65 percent of MSM said they connected every day on virtual sites. In contrast, 30.14 percent of MSM surveyed at physical sites reported it being their first visit.

Biological component

Testing was organized at 29 physical sites with 365 MSM volunteers. The estimated HIV prevalence based on the biological results was 12.33 percent (45/365), of which only 26.67 percent (12/45) knew their positive status.

Viral load was above the detectable threshold among 80.6 percent (29/36) of MSM who tested positive, and was undetectable among 19.4 percent (7/36). We found a detectable viral load (i.e., exceeding 40 copies/ml) among 86.21 percent (25/29) of newly diagnosed MSM, versus 57.14 percent (4/7) of MSM known to be living with HIV. In the latter group, all known HIV-positive MSM who were not on treatment (2/7) had detectable viral loads.

Behavioral risk factors

Survey research on behavioral risk factors was conducted on 525 MSM, 352 of whom were identified at physical sites and 173 at virtual sites, after the elimination of duplicates. Results showed:

- They were ages 18–49, with an average age of 25 years. Half (51.43 percent) had finished secondary school.
- The majority described themselves as male (70 percent), while 21 percent described themselves as female.
- Of the sample, 61.24 percent described themselves as homosexual, and 36.55 percent reported that they were bisexual.
- Risk factors for HIV were related to lack of awareness of HIV status (23.6 percent had never been tested for HIV) and low awareness of personal risk (18.46 percent stated that they were not at risk, and 41 percent said they were at low risk). Only 32 percent of MSM stated that they had always used condoms during the previous six months. Having multiple partners was also a risk factor: MSM reported that they had had an average of 2.7 male sexual partners and 2.3 female partners during the previous four weeks.
- During the previous four weeks, 49.3 percent of MSM had had more than one male sexual partner, and 61.78 percent had had more than one new partner. More than one-quarter (25.90 percent) had had more than one female sexual partner, including 41.91 percent who had had more than one new partner.
- Only 11 percent described themselves as sex workers, although 27 percent had had sex in exchange for money during the previous three months.

Access to services

- Approximately 84 percent of MSM believed that it was easy to obtain condoms. In contrast, only 37 percent believed they had easy access to lubricant.
- Twenty-eight percent of MSM reported that they had had symptoms of a sexually transmitted infection during the previous 12 months, of whom 39 percent did not have access to treatment.
- One in 10 MSM reported feeling poorly treated at a health facility because of staff's knowledge of his sexual relations with men.

- Twenty-three percent of MSM reported that they had been afraid to go to health facilities, because they worried that someone would learn that they had sexual relations with men.

This programmatic mapping exercise showed substantial overlap between key populations in terms of the meeting sites they visit. FSWs, MSM, and PWID generally frequent the same sites to seek out new partners. This can facilitate implementation of activities, even though the specificities of private sites must be taken into account.

Another overall finding was that prevention interventions are insufficient, in terms of both site coverage and targets reached. To be more effective, they should take into account the characteristics of the target group and integrate approaches that will allow them to reach “hidden” MSM, particularly those who do not frequent physical sites.

CHAPITRE I : PRESENTATION DE L'ETUDE

Le présent chapitre est consacré à la présentation globale du projet de recherche. Il décrit le contexte de mise en œuvre, l'intérêt de l'étude ainsi que les objectifs visés.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Contexte de l'étude

Le nombre de personnes Vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire est estimé 460 000 plaçant ainsi le pays à la quatrième position en Afrique de l'Est-Ouest (Rapport ONUSIDA 2014). Aussi la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 3,7 % selon l'EDS-MICS, 2011-2012.

Cette proportion déjà élevée ne laisse pas paraître une situation alarmante auprès de certaines populations clés à savoir les travailleuses du sexe (TS), les usagers de drogues (UD), les transgenres (TG), les personnes détenues ou incarcérées, les personnes en situation de handicap, les personnes en uniforme, les routiers, les partenaires négatifs des couples séro-discordants, les travailleurs migrants ou toute personne à forte mobilité et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

En effet, selon une étude réalisée par Enda santé, pour ces populations clé la prévalence du VIH est bien au-dessus de celle de la population générale: 11,4% chez les TS (ENDA SANTE ,2014 : Rapport IBBS, PS, Abidjan), 11,57% chez les HSH (ENDA SANTE ,2014 : Rapport IBBS, HSH, Abidjan, Agroville, Bouaké, Gagnoa, San Pedro).

Par ailleurs, l'étude a estimé la taille de la population de HSH dans la ville d'Abidjan à 5 892 individus en 2015 et une prévalence du VIH auprès de cette population estimée à 29,34%.

Ces chiffres indiquent la nécessité de porter attention aux populations clés, et à celle des HSH de façon particulière et de faire de celle-ci une priorité de la lutte contre l'infection à VIH et le sida. Ce groupe pourrait, en effet, constituer un relai de transmission du VIH au sein de la population, d'autant plus que certains HSH sont mariés ou entretiennent des rapports sexuels avec les femmes.

Les risques individuels encourus par ces populations clés sont évidents, les comportements sexuels à risque sont multiples : non utilisation systématique du préservatif, multi partenariat, etc. Dans la majorité des cas, les partenariats sexuels occasionnels, le caractère pressé et non prévu des relations sexuelles, aussi la consommation d'alcool, de drogues et les rapports sexuels tarifés dans une moindre mesure, sont autant de facteurs pouvant influencer sur l'utilisation du préservatif.

S'il est vrai que les comportements et niveau de risques des HSH à Abidjan sont assez bien connus grâce à des études récentes telles que IBBS 2014, SHARM 2012, notamment, il n'en demeure pas moins que les connaissances sur les sites de rencontre de nouveaux partenaires sexuels restent très parcellaires et reposent sur les expériences des associations. Et si la prévalence du VIH au sein de la population des HSH d'Abidjan a été évaluée (SHARM 18%, IBBS 29,34%), peu de documentation existe sur la typologie des sites fréquentés par les HSH (sites où ils peuvent être touchés).

Pour une réponse efficace devant ce constat, de nombreux programmes, notamment le Système de Nations unies, le Fonds Mondial de lutte contre le sida se sont focalisés sur la réduction de l'épidémie à travers une meilleure connaissance des facteurs de risques mais aussi une meilleure connaissance des informations stratégiques relatives à la taille, la typologie et la localisation des sites de rencontre de partenaires sexuels pour un meilleur ciblage et une meilleure orientation des programmes VIH en direction des populations clés (témoigne la cartographie programmatique des TS, Enda, 2016).

Dans cette même optique, FHI 360, à travers le projet LINKAGES et en partenariat avec Pact, IntraHealth International et l'Université de Caroline du Nord (UNC) à Chapel Hill, a mis en œuvre une série d'activités visant à réduire la transmission du VIH au sein des populations clés, à savoir les travailleurs/travailleuses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels et les consommateurs de drogues injectables en améliorant leur enregistrement et leur rétention au niveau de la prise en charge et du traitement à travers la Cascade du VIH.

Le projet LINKAGES conduit ainsi à la réalisation d'une étude dénommée « Cartographie et estimation de la taille des HSH à Abidjan, utilisant la méthode PLACE avancée »

Le projet LINKAGES

LINKAGES est le premier projet mondial de l'USAID consacré aux populations clés que sont les travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi que leurs partenaires, en vue de contrôler l'épidémie du VIH en Côte d'Ivoire.

Ce projet quinquennal (2016-2020) est financé par le Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le Sida (PEPFAR) par le biais de l'USAID. Il vise à offrir des services VIH de qualité aux populations clés affectées par le VIH/Sida en Côte d'Ivoire par le dépistage accru des personnes les plus à risque et par la mise sous traitement ARV de celles qui sont identifiées positives.

Il est mis en œuvre par FHI 360 en partenariat avec Pact, IntraHealth International et l'université de Caroline du Nord mais aussi avec les organisations locales pour une mise en œuvre efficace de ce projet. Le projet touche 26 communes du pays dont celles de la ville d'Abidjan où le volet communautaire a été confié aux ONG ALTERNATIVE CI et ARC EN CIEL PLUS. L'ONG ASAPSU et l'Espace Confiance gèrent quant à eux le suivi clinique.

Le projet LINKAGES vise à accélérer la capacité des gouvernements partenaires, des organisations clés de la société civile à planifier, offrir et optimiser des services complets de prévention, de soins et de traitement du VIH pour réduire la transmission du VIH parmi les populations clés et aider les personnes séropositives à vivre plus longtemps.

LINKAGES améliore ainsi la prévention et les soins du VIH en améliorant la sensibilisation des populations clés les plus susceptibles de contracter ou de transmettre le VIH. Il permet également la promotion du dépistage systématique du VIH et du counseling.

Protocole PLACE: vue d'ensemble et conditions de réalisation

La méthode « PLACE» (Priorities for Local Aids Control Efforts) utilisée pour la mise en œuvre de la cartographie est une approche développée par UNC. PLACE est une méthode rapide, pour aider les programmes locaux à identifier ou trouver les personnes les plus à risque de contracter et transmettre le VIH.

La méthode vise ainsi à accroître l'offre de services aux HSH en trouvant les lieux où ils se regroupent et peuvent être atteints afin de bénéficier des services. Elle permet également de fournir des estimations de la taille des populations clés afin de permettre d'évaluer la couverture des programmes.

La méthode « PLACE» est basée sur 5 approches :

- **La préparation** qui consiste en une revue documentaire, la rédaction et la soumission du protocole au comité éthique, une évaluation de la préparation à la cartographie, la contextualisation des outils de collecte, l'établissement de partenariats, la gestion de la logistique.
- **L'identification des sites** permettra de disposer d'une liste de sites où la cible peut être rencontrée avec le nombre de fois que ces sites ont été rapportés.
- **La visite, la caractérisation et la cartographie des sites** permettra de valider les sites identifiés comme sites fréquentés par la cible en disposant de leurs caractéristiques et en les cartographiant.
- **L'enquête comportementale et biologique** permettra de disposer des facteurs de risque et d'analyser la charge virale chez les dépistés positifs.
- **L'utilisation des données** grâce à une dissémination qui permettra d'améliorer la qualité des services de prévention et de soins du VIH/Sida pour la population cible.

Intérêt de l'étude

L'Université Caroline du Nord (UNC) dans le cadre d'une contractualisation a mandaté Enda Santé pour la mise en œuvre d'une cartographie programmatique des sites fréquentés par des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) à Abidjan utilisant la méthode PLACE.

En effet, malgré les progrès pour améliorer l'accès aux soins et leur qualité, des personnes, notamment les populations clés, continuent d'être infectées par le VIH. Afin de garantir l'efficacité des interventions, il est important de disposer de données factuelles pouvant orienter la prise de décisions. PLACE est une méthode rapide et peu technologique pour aider les programmes locaux à identifier les lieux où trouver les personnes les plus à risque de s'infecter et de transmettre le VIH.

Les interventions clés du projet sont les suivants :

- Identification des populations clés et évaluation globale des risques,
- Diagnostic des « failles » et identification des obstacles à l'accès des services liés au VIH,

- Mise en œuvre d'initiatives « porteuses » alliées à des innovations en vue de garantir une utilisation des ressources de la manière la plus stratégique possible ainsi que l'accès aux nouvelles technologies émergentes,
- Élimination des obstacles structurels et transformation des organisations de population clés locales,
- Mise en œuvre durable d'interventions à long terme,
- Appui à l'intégration des droits de l'homme, de l'égalité des sexes et des compétences, et du renforcement des capacités dans les stratégies développées.

Pour garantir l'efficacité du projet, il est important d'avoir une vue plus précise des besoins. En effet, les informations disponibles ne permettaient pas des planifications efficaces car les estimations faites ne sont pas disponibles pour toutes les localités. De même, les sites de socialisation où peuvent être rencontrés les HSH n'étaient pas connus.

Les obstacles structurels rencontrés sont liés, à l'insuffisance d'accès aux services de prévention, de traitement et de soins. Les populations clés fréquentent en effet les structures de soins publiques principalement pour les affections courantes, non liées à leurs pratiques sexuelles. La prise en charge des IST se fait par automédication ou sur recommandation d'amis ayant eu les mêmes symptômes ou par la médecine traditionnelle surtout pour ce qui est des affections proctologiques.

Un peu plus d'un HSH sur 10 soit 15% déclarent ainsi, éviter de fréquenter les structures de dépistage et de prise en charge des IST de crainte que les prestataires ne découvrent leur orientation sexuelle (IBBS, 2014). Cette crainte est essentiellement liée à la stigmatisation que subissent les HSH de la part de la société en général.

Les risques accrus d'infection à VIH, les obstacles structurels rencontrés par les HSH et les populations clés de façon générale, et le fait qu'ils portent une part disproportionnée du fardeau de la maladie à VIH mettent en évidence la nécessité d'avoir de plus amples informations sur leurs tailles et les lieux où ils peuvent être identifiés.

Pour ce faire il est important de pouvoir disposer d'un listing de sites à cibler et de pouvoir apprécier l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins et la couverture de ces sites par les interventions communautaires.

Pour compléter les données déjà existantes sur les facteurs de risque et la prévalence, la présente étude se propose de faire une cartographie programmatique des HSH dans les dix (10) communes de la ville d'Abidjan afin de localiser les sites de rencontre de nouveaux partenaires sexuels et d'évaluer les charges virales chez les HSH dépistés positif au cours de l'étude. Cette méthodologie permettra également de décrire les sites de rencontre de nouveaux partenaires sexuels pour les HSH.

La cartographie PLACE permettra ainsi de fournir des informations pour améliorer les performances des programmes pour les populations clés à travers (i) l'identification et la description des lieux où ces populations peuvent être touchées, (ii) une évaluation de la couverture des services de prévention et de traitement et (iii) l'estimation de la taille des populations cibles. Elle permettra enfin de documenter

pour la première fois, à Abidjan, l'adhésion au TARV de la population HSH et la qualité de la prise en charge, grâce à l'évaluation de la charge virale des HSH dépistés positif.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Objectif Général

L'objectif général de cette étude est de fournir des données factuelles relatives aux caractéristiques des sites identifiés, au VIH et aux activités de prévention sur ces sites afin d'améliorer l'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH /sida pour les HSH.

Objectifs Spécifiques

De façon spécifique l'étude vise à :

- Identifier systématiquement tous les sites à Abidjan (lieux publics, évènements, et sites internet) où les HSH rencontrent des partenaires sexuels et identifier les sites qui sont des lieux où les HSH peuvent être rencontrés.
- Visiter, cartographier et décrire tous les sites où les HSH peuvent être rencontrés (type de site, taille de site, nombre de HSH visitant le site, disponibilité de condoms, lubrifiant sur le site et information sur la prévention VIH).
- Estimer le nombre de HSH qui peuvent être touchés dans la ville d'Abidjan.
- Estimer la prévalence du VIH parmi les hommes à haut risque qui peuvent être touchés au niveau des sites et identifier les facteurs de risque.
- Analyser la charge virale auprès des HSH vivant avec le VIH afin de documenter la cascade du VIH.

CHAPITRE II : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Ce chapitre présente la méthodologie de mise en œuvre de l'étude. Il décrit chacune des différentes étapes du processus de réalisation de l'étude. Trois grandes étapes ont été nécessaires à la réalisation de la cartographie : la préparation, la collecte et le traitement et l'analyse des données.

ACTIVITES PREPARATOIRES

Evaluation de la préparation de la cartographie

Au cours de cette évaluation, une revue documentaire a été menée et les informations recueillies ont été utilisées pour adapter les procédures, les outils et dresser la liste initiale des sites de fréquentation des populations clés.

Aussi, des rencontres et discussion ont été initiées avec l'ensemble des parties prenantes afin de :

- présenter l'étude et ses différentes phases aux partenaires,
- s'assurer que les activités à exécuter dans le cadre du projet sont acceptables pour les communautés de populations clés,
- s'assurer que les prestataires de service recevront les informations dont ils auront besoin pour améliorer les services,
- solliciter leur appui pour la mise en œuvre de l'étude selon leur compétence,
- proposer des rôles pour chaque partenaire potentiel dans la mise en œuvre de l'étude.

Au cours des rencontres les questions de mobilité, de sécurité ont été également abordées.

Durant la préparation de la recherche, la possibilité d'organiser un événement social ou une distribution d'objet unique a été analysée avec les partenaires de mise en œuvre. Cet événement social et la distribution d'objet unique seront utilisés pour l'estimation de la taille de la population de HSH.

Les structures visitées dans le cadre de l'évaluation pré cartographique sont : le PNLS, BLETY, FHI 360, ASAPSU, ALTERNATIVE CI, ARC-EN-CIEL PLUS et HEARTLAND.

Approbation éthique

La recherche a reçu l'approbation éthique de l'Université de la Caroline du Nord (Institutional Review Board). De plus un protocole a été élaboré et soumis au Comité National d'éthique et de recherche de Côte d'Ivoire (CNERCI) pour la mise en œuvre de l'étude selon les directives nationales. Le protocole de recherche a également reçu l'approbation du Comité National d'éthique et de recherche de Côte d'Ivoire le 18 juillet 2016 sous le numéro 062/MSHP/CNER-kp.

Un consentement éclairé a été demandé à toutes les personnes enquêtées. Pour garantir l'anonymat, aucune information sur l'identité des individus qui ont consenti à participer à l'enquête n'a été recueillie.

Etablissement de partenariats

Les structures retenues pour accompagner l'équipe d'Enda santé dans la collecte de données sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 1. Partenaires de mise en œuvre de la cartographie PLACE en Côte d'Ivoire

STRUCTURES	TYPE DE STRUCTURE	OBJET DU PARTENARIAT
ASAPSU ABIDJAN	Clinique friendly	1. Réalisation du conseil dépistage et prélèvement de sang des 800 participants de la phase 3 de la cartographie des sites HSH. 2. Techniquage des prélèvements pour charge virale de tous les échantillons positifs
ALTERNATIVE CI	ONG identitaire HSH	3. Participation à la collecte, à travers ses pairs éducateurs.
ARC-EN-CIEL PLUS	ONG identitaire HSH	4. Participation à la collecte, à travers ses pairs éducateurs.
LABORATOIRE LONGCHAMP	laboratoire certifié de recherche	5. Assurance du contrôle qualité des tests réalisés sur site
PNLS	Structure gouvernementale	6. Accompagnement du processus de la cartographie, et facilitation des démarches administratives

Contextualisation des outils de collecte

Les outils fournis par UNC ont été révisés et adaptés au contexte national avant d'être intégrés aux tablettes qui ont servi pour la collecte des données.

Formation des équipes de collecte

La formation des agents de collecte s'est faite en cascade. D'abord les 6 superviseurs ont été formés pendant 5 jours, les 20; 21; 22; 26 et 27 septembre 2016, par l'équipe de coordination pour l'exécution de la phase pilote. Les 3 premiers jours ont concerné les phases 1 et 2 et après remplissage du formulaire de la phase 1, ils ont reçu une formation sur la dernière phase de l'étude. 6 pairs éducateurs (EP) de ALTERNATIVE CI, structure responsable de la mise en œuvre des activités dans la commune d'Abobo dans le cadre du projet LINKAGES, ont également été associés à la formation afin de faciliter la mission des superviseurs lors de la phase pilote. La phase pilote a permis le pré-test des procédures de collecte

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'étude dans les autres communes, ce sont 24 agents enquêteurs et 12 pairs éducateurs de l'ONG ARC-EN-CIEL PLUS qui ont été formés pendant 5 jours. A ce niveau, la formation s'est aussi déroulée en cascade et a principalement été assurée par les superviseurs sous la coordination de l'équipe de recherche. La formation des 2 premières phases s'est tenue du 15 au 17 décembre 2016 et celle de la dernière phase a eu lieu les 18 et 19 mai 2017.

Au cours des différentes formations, les objectifs et la méthodologie de l'étude ont été partagés et les formulaires ont été passés en revue avant d'être testés. Aussi, les agents ont été formés sur l'utilisation du GPS pour le relevé des coordonnées géographiques et sur l'utilisation de la tablette, outils ayant servi à la collecte des données.

Acquisition d'intrants

Des préservatifs et gels lubrifiants ont été acquis dans le cadre de cette étude et étaient distribués aux participants, à toutes les étapes de l'étude, comme compensation de leur participation et pour le temps passé dans le cadre de l'étude.

Les préservatifs ont été acquis auprès de programme de Marketing social à moindre coût et les dosettes de gels lubrifiants ont été achetées faute de disponibilité au niveau des partenaires.

Du matériel nécessaire à l'exécution de la phase biologique a également été acquis par l'intermédiaire de l'ONG ASAPSU.

METHODOLOGIE

Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale à visée descriptive.

Zone de l'étude

La cartographie programmatique et estimation de taille des HSH s'est tenue dans les 10 communes de la ville d'Abidjan.

Une phase pilote a été menée dans la commune d'Abobo. Cette commune a été choisie du fait de sa densité (1.030.658 habitants soit 23,4% de la population abidjanaise). De plus, les rencontres préparatoires ont révélé que la commune d'Abobo présentait plus de challenge en termes de faisabilité, et permettrait donc un plus grand nombre de leçons apprises.

La collecte s'est étendue par la suite aux 09 autres communes d'Abidjan.

Durée de l'étude

L'étude s'est déroulée, globalement de septembre 2016 à juin 2017. La phase pilote a été exécutée du 20 septembre au 16 octobre 2016 et la phase à échelle du 15 décembre 2016 au 4 juin 2017.

COLLECTE DES DONNEES

La collecte s'est effectuée, avec des tablettes dans lesquelles des formulaires spécifiques selon la phase ont été implémentés à partir de l'application CTO survey.

Phase 1 : Identification des sites

Dans l'optique d'une efficacité et afin de faciliter la répartition des équipes et la collecte des données, chaque commune a été subdivisée en zone en tenant compte du découpage de l'institut de statistique (INS) des communes en quartiers. Chaque zone constituait ainsi l'unité géographique de collecte des équipes. A chaque zone était affectée une équipe d'enquêteurs.

Au cours de cette phase, il s'est agi pour les enquêteurs de dresser la liste des sites de socialisation des populations clés auprès des informateurs communautaires (chauffeur de taxi, agent de sécurité, tout venant, HSH, UDI, PS...) à partir d'un questionnaire (formulaire A, voir Annexe 1). Les IC sont des hommes ou des femmes rencontrés dans la rue par les agents de collecte.

Pour cette première phase, les agents ont travaillé en équipe de deux. Pour la phase pilote, 6 équipes (un superviseur associé à un pair éducateur) ont assuré la collecte. Tenant compte des recommandations de cette phase pilote où certains EP se sont sentis vexés par la population, ils n'ont pas été associés aux agents lors de la collecte proprement dite qui a été assurée par 12 équipes de 2 agents. Leur rôle s'est limité à rechercher les informations auprès de leurs pairs dans les sites déjà identifiées lors de la phase de préparation.

La collecte des données de la phase pilote exécutée dans la commune d'Abobo s'est déroulée les 23 et 28 septembre 2016. La phase à échelle, s'est tenue du 20 au 24 décembre 2016.

Lors de la phase d'identification, les agents devaient collecter le maximum d'informations auprès des informateurs communautaires (IC) afin d'identifier, de caractériser et surtout de localiser les différents sites de fréquentation des populations clés.

Le nombre d'IC à interroger était fonction de la taille de commune. Ainsi selon la méthodologie proposée par UNC, pour une localité de 50.000 habitants, le minimum d'IC à interroger a été fixé à 30 et le maximum à 50.

Les principales informations collectées à partir du formulaire A sont :

7. Le nom, le quartier et les repères du site ;
8. Le type de site ;
9. Les jours et heures d'affluence ;
10. Les populations clés qui fréquentent ces sites.

Phase 2 : Validation des sites et cartographie

La phase 2 est l'étape de validation des sites. Au cours de cette phase, les investigations ont été menées par les mêmes équipes, dans tous les sites identifiés par les IC comme des sites fréquentés par les HSH et dans un échantillon de 20% des sites non HSH afin de s'assurer que le maximum de sites soit pris en compte.

Elle s'est tenue les 2; 4; 5 et 6 octobre 2016 avec une phase de ratissage programmé du 20 au 24 septembre, pour la phase pilote à Abobo et les 4, 5, 11, 12, 13 février 2017 avec une phase de ratissage du 4 au 5 mars dans les autres communes de la ville.

Sur chaque site visité, un questionnaire à 2 volets (formulaire B, voir annexe1) était administré à deux types de personnes : un informateur de site (le manager du site ou un membre du staff ou toute personne habituée au site) et un membre de la population clé.

Auprès des informateurs de site, Il s'est agi de collecter les informations telles que :

1. Le nom, le quartier et les repères du site ;
2. Le type de site ;
3. Nombre de personnes travaillant les jours de forte affluence,
4. Les jours et heures d'affluence ;
5. Les populations clés qui fréquentent ces sites ;
6. Nombre de personnes fréquentant les sites aux moments de forte affluence ;
7. Nombre d'hommes et de femmes fréquentant les sites pendant une semaine typique ;
8. Les activités de prévention du VIH.

Pour ce qui est des membres de la population clé, il a été recueilli les informations sur :

1. La fréquence de fréquentation ;
2. Les moments de forte affluence ;
3. Nombre de population clé au moment de forte affluence ;
4. L'accessibilité des préservatifs et lubrifiants;
5. L'accessibilité des services de soins et de prévention du VIH/Sida

Outre les informations sur les sites et sur la cible qui les fréquente, des données GPS ont été collectées afin de géo-référencer les différents sites. Toutefois, il est important de noter que pour des raisons éthiques, les domiciles n'ont pas été géo-localisés.

Phase 3 : Phase bio-comportementale

Volet biologique

Echantillonnage

Pour le volet bio comportemental, l'objectif d'échantillonnage était de 40 sites physiques. Pour la phase pilote, l'échantillonnage s'est basé sur un choix raisonné de 06 sites (soit 1 site par superviseur) en tenant compte de la typologie des sites : 3 maquis, 2 domiciles et un espace culturel. 34 autres sites physiques ont été ensuite sélectionnés de manière aléatoire répartis dans les 9 autres communes.

Mobilisation communautaire

Les pairs éducateurs ont été utilisés comme mobilisateurs afin d'encourager la participation des HSH. Les participants ont tous reçu le résultat de leur test VIH avant de quitter le site de l'étude.

De même, une mobilisation a été effectuée auprès des gérants de sites afin d'obtenir leur accord et de vérifier la disponibilité du site au jour programmé.

Collecte biologique proprement dite

Cette phase s'est déroulée du 14 au 16 octobre 2016 pour la phase pilote à Abobo. La phase bio comportementale au niveau des autres communes s'est déroulée les 20, 21, 26 et 27 mai et les 3 et 4 juin 2017.

La collecte biologique a été assurée sur site, soit dans un local sécurisé mis à disposition par le gérant de site soit au niveau d'une unité mobile disposée à proximité du site pour respecter les critères de confidentialité et de circuit du dépistage conformément aux recommandations nationales. Les agents de dépistage provenaient de l'ONG ASAPSU. Une équipe a été mise à contribution lors de la phase pilote et 06 équipes lors de la phase à échelle. Chaque équipe de dépistage était constituée d'un agent de counseling pré et post test et d'un agent dépisteur.

Pour éviter toute stigmatisation, le dépistage VIH a été proposé à toutes les personnes (HSH ou non) consentantes au niveau des sites. Comme l'analyse ne concernait que seuls les résultats concernant les HSH, les questionnaires des non HSH ont été écartés au cours du traitement des données.

Le dépistage VIH a été réalisé suite à un prélèvement sur tube grâce à un test de dépistage rapide (Determine[®] HIV). Les résultats étaient disponibles en 15 minutes. Lorsque le résultat était positif, un second test rapide (StatPack) était effectué pour confirmation.

De plus, pour la charge virale, un échantillon de sang veineux (10ml) a été recueilli et ce, auprès de tous les participants afin d'éviter l'identification des dépistés positifs. Ces derniers ont été référés, pour un suivi médical vers un centre de santé d'ASAPSU.

Des préservatifs et du gel lubrifiant ont été offerts à tous les enquêtés.

Volet comportemental

La collecte des données, dans ce cadre a été faite, selon deux approches :

- une collecte en ligne : sondage auprès des utilisateurs HSH des réseaux sociaux et sites dédiés
- une collecte physique qui s'est déroulée parallèlement au dépistage biologique et appliquée de façon systématique aux HSH qui ont accepté de se faire dépistés.

Ainsi deux types de formulaires ont été utilisés (formulaire C et formulaire sondage en ligne dérivé du formulaire C) selon qu'il s'agisse d'un site physique ou virtuel. Pour éviter les doublons, une question éliminatoire était posée : " Avez-vous participez à l'étude en ligne (ou à l'étude physique) réalisée par Enda santé ?

L'enquête comportementale s'est intéressée notamment à :

- La Raison de la présence sur le site (physique ou virtuel)

La Fréquence de fréquentation des sites
Les Partenaires sexuels féminins et masculins rencontrés sur le site
L'Accès aux services de soins et de prévention
Le statut sérologique et les facteurs de risque

TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Les informations saisies étaient envoyées sur le serveur de Enda santé après vérification des données par les superviseurs sur les tablettes. Les données fusionnées sont alors exportées depuis le serveur via le logiciel Excel. Il s'en est suit alors une phase d'apurement.

Apurement des données

Lors de phase 1, l'apurement a permis de corriger les erreurs de saisie, et de supprimer les sites doublons en se basant sur l'indication géographique donnée par les IC, les dénominations (certains sites étaient mal écrits, ou cités sous deux ou trois noms) au cours d'une séance de travail avec les superviseurs. A l'issue de cette étape, les listings des sites HSH et non HSH ont été établis et mis à disposition des équipes de collecte pour la phase 2.

L'apurement, afin de disposer de données de qualité s'est poursuivi à l'issue de chaque phase de collecte jusqu'à l'analyse des données. L'apurement des données des phases 2 et 3 a permis de vérifier et d'assurer la cohérence des réponses des interviewés et de traiter les valeurs aberrantes.

Analyse des données

L'analyse des données a été faite à partir des logiciels Excel et SPSS. Les modalités d'analyse ont été définies selon le type d'indicateur recherché.

Afin d'améliorer la validité des résultats, les premières vérifications et interprétations se sont faites en équipe. Les résultats préliminaires ont été présentés à l'ensemble des enquêteurs et collaborateurs de l'étude pour discussion.

Méthode de réalisation des cartes

Deux outils ont été utilisés : le GPS et le logiciel Arcview.

Le GPS : Au cours de l'enquête de terrain, en plus des informations recueillies avec le questionnaire, les coordonnées géographiques des sites des TS ont été prises avec des GPS (GARMIN). Cela a permis de disposer d'une base de données sur chaque site à l'intérieur de chacune des villes. Le logiciel ArcGIS a servi à la réalisation des cartes sur la base du géo référencement des sites des TS et des informations collectées sur chaque site.

Le traitement cartographique a consisté à introduire la base de données (coordonnées géographiques et autres informations) collectées dans le logiciel. Les coordonnées géographiques ont permis de projeter les sites de TS sur les fonds de cartes de chacune des villes.

L'analyse de l'information géographique à représenter, a permis de retenir le système par point pour visualiser des informations ponctuelles.

Méthodes d'estimation de taille

Estimation des tailles des utilisateurs des sites physiques

Pour répondre à cet objectif, nous avons recherché l'effectif moyen par site au cours des heures d'affluence sur les sites physiques. Ces résultats ont été additionnés pour estimer les tailles des populations MSM par commune.

Deux questions ont été posées aux HSH rencontrés sur site au cours de la phase de validation et les résultats obtenus ont permis de faire la moyenne par site :

Pour un samedi soir typique de 21 heures à MINUIT, combien d'hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes viennent ici? (QB33MSM)

Combien de MSM sont ici aux moments de forte affluence du jour de la plus forte affluence? (QB46)

L'estimation a consisté à faire la somme des effectifs moyens obtenus sur les sites physiques. Une répartition a été ensuite faite par commune et par type de site.

Estimation de la taille de la population HSH d'Abidjan

Différentes méthodes ont été utilisées pour estimer la taille des HSH à Abidjan. Par la suite, un ajustement des résultats obtenus grâce aux différentes méthodes a permis de faire une estimation globale de la taille des HSH à Abidjan.

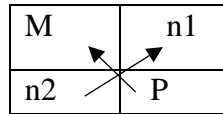
Les différentes méthodes utilisées se présentent ainsi :

Méthode de l'objet unique

La méthode de l'objet unique ou « Unique Object Multiplier » consiste à distribuer aux HSH un objet unique avant le début de l'étude. A cet effet, les HSH ont été consultés pour le choix de l'objet unique. Ils ont proposé un bracelet en cauris qui a été distribué en 402 exemplaires le 09 septembre 2016, lors de la première édition de « miss kibibi », un concours de beauté pour HSH organisé par ARC EN CIEL PLUS.

Au cours de l'enquête quantitative, une question sur la réception de l'objet unique était posée. L'estimation de la taille est faite en rapportant la proportion de participants à l'étude qui ont reçu l'objet unique par rapport au nombre d'objets uniques distribués

Si n_1 est le nombre d'objets distribués; n_2 est le nombre total de participants à l'étude et m est le nombre de participants qui ont reçu l'objet, alors la proportion de participants ayant reçu un objet unique est de : m/n_2 . Pour retrouver la population totale p , il faudra appliquer la règle de trois :



D'où l'estimation de p, population totale
(Paz-Bailey 2011):
 $P = n1 * n2 / m$
 $p = 1 / (m/n2) * n1$

Figure 1. Photo de l'objet unique

Méthodes de facteur multiplicateur

Cette méthode utilise la même formule mathématique que celle de l'objet unique, en se basant sur différents facteurs. La méthode du multiplicateur est exclue si l'hypothèse d'indépendance de chaque échantillon n'est pas remplie.

Les différents facteurs utilisés dans le cadre de l'étude sont ainsi présentés :

La participation à l'étude de Heartland Alliance

Heartland Alliance a réalisé une enquête biologique auprès des HSH entre mars et mai 2016 auprès de 1076 HSH. L'objectif de l'étude est d'améliorer l'accès des populations clé aux services de prévention des IST / VIH, aux soins et soutien, et aux services de traitement antirétroviral en Côte d'Ivoire. La participation à cette étude sera utilisée comme un facteur multiplicateur dans le cadre de l'estimation de la population des HSH.

La question portant sur la participation à l'étude Heartland a été posée dans le formulaire C physique et comme dans celui du sondage en ligne (annexes 3 et 4) aux HSH enquêtés : « Avez-vous participé à l'étude biologique réalisée par Heartland de mars à juillet 2016 ? »

Dans cette méthode p est l'estimation de la population, n1 est le nombre de participants à l'enquête de HEARTLAND, n2 est le nombre total de HSH participants à la présente étude, et m est le nombre de HSH enquêté et qui ont répondu oui à la question posée.

La participation au sondage en ligne

Dans cette méthode p est l'estimation de la population, n1 est le nombre de participants au sondage en ligne, n2 est le nombre total de HSH participants à la présente étude, et m est le nombre de HSH enquêté et qui ont répondu oui à la question posée.

L'ajustement pour obtenir la taille définitive a été fait selon le schéma suivant :

Une première estimation a été par la suite obtenue en faisant le calcul de la moyenne de la taille des populations à partir des résultats des différentes méthodes.

Pour calculer les proportions de la population de HSH par rapport à la population totale d'Abidjan, nous avons procédé ainsi : parce que 99% des participants de notre étude avait entre 18-45 ans, nous avons recherché la proportion de cette tranche d'âge dans la population masculine d'Abidjan en nous basant sur les données RGPH 2014.

En supposant que dans cette proportion des HSH, celle des 15-49 ans, est pareille que celle de la population générale, nous avons ré-estimé la taille de la population dans ce groupe d'âge en utilisant la proportion estimée à l'étape précédente.

CHAPITRE III : RESULTATS

RESULTAT DE LA PHASE A : IDENTIFICATION DES POINTS CHAUDS

Effectif et profil des informateurs communautaires

La phase d'identification de site a permis d'interviewer 3.045 IC à travers la ville d'Abidjan soit un ratio d'environ 35 IC pour 50.000 habitants. Les profils des IC sont divers avec une prédominance des commerçants et vendeurs de rue (28%). Ce profil est suivi de celui des tout-venants (12%) constitué des chômeurs et des individus trainant dans la rue. Le profil des coiffeurs constitue 10% des IC interrogés.

Le tableau suivant présente les différents profils interviewés sur le terrain.

Tableau 2. Profil des informateurs communautaires

Type d'IC	Effectif	Proportion
Commerçants/Vendeur de rue	856	28%
Jeunes scolarisés/Etudiants	205	7%
Coiffeurs	297	10%
Transporteurs/Gérants de gare	138	5%
Staff ONG/Pairs éducateurs	51	2%
Chômeurs	312	10%
Staff des points chauds	89	3%
Mécanicien	188	6%
Corps habillés/Agent de sécurité	277	9%
Gérant de cabine/Cyber/hôtel	216	7%
Jeunes non scolarisés	106	3%
Leaders Traditionnels/Communautaires	5	0%
Population Clé	91	3%
Individus dans la rue	66	2%
Enseignants	21	1%
Artisans	51	2%
Technicien	18	1%
Employés	49	2%
Autres	9	0%
Ensemble	3045	100%

Distribution des informateurs communautaires selon les communes

En moyenne, on enregistre un ratio de 35 IC pour 50.000 habitants. Le tableau suivant présente les détails de cette distribution par commune.

Tableau 3. Nombre d'IC interviewés par commune

COMMUNES	EFFECTIFS D'IC INTERVIEWES	POPULATION TOTALE (RGPH 2014)	RATIO (POUR 50.000 HABITANTS)
ABOBO	286	1 030 658	14
ADJAME	215	372 978	29
ATTECOUBE	180	260 911	34
COCODY	434	447 055	49
KOUMASSI	332	433 139	38
MARCORY	270	249 858	54
PLATEAU	24	7 488	160
PORT-BOUET	389	419 033	46
TREICHVILLE	77	102 580	38
YOPOUGON	838	1 071 543	39
ENSEMBLE	3 045	4 395 243	35

Cette répartition inégale des IC interviewés s'explique par le fait que le nombre d'IC à interroger par commune est déterminé selon la taille de la population de cette commune. La commune du plateau, centre administratif, n'étant pas une commune résidentielle enregistre un faible nombre de population résidente (7.488).

La répartition spatiale de l'effectif des IC au niveau de la ville d'Abidjan montre par contre de fortes proportions des IC interrogés dans les communes de Yopougon, Cocody et Port-Bouet traduite par la carte 2 ci-dessous.

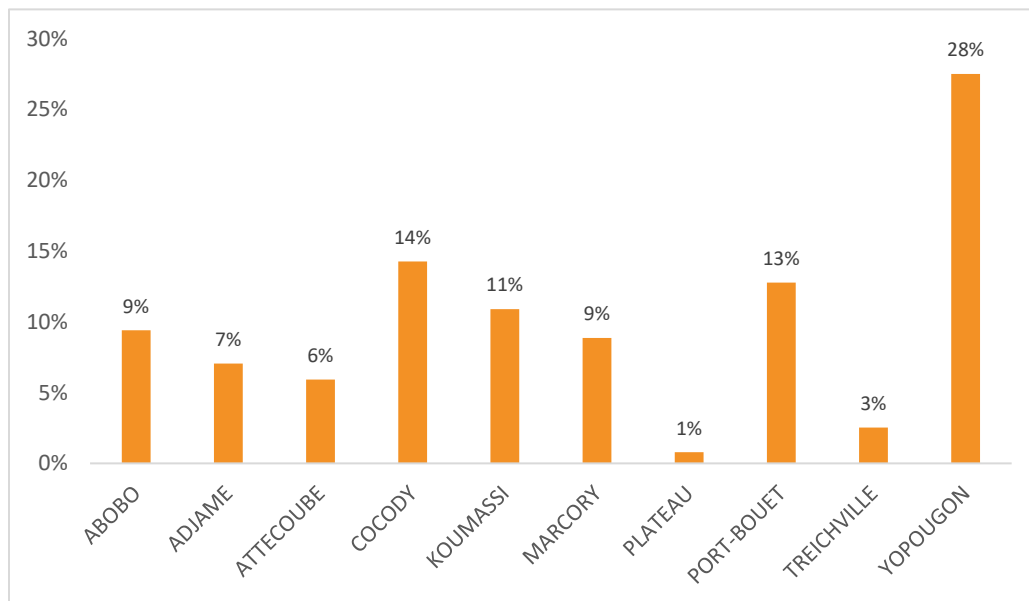


Figure 2. Distribution des informateurs communautaires par quartier

La commune Yopougon enregistre un peu plus du quart (28%) des IC interviewés suivie de la commune de Cocody (14%) alors que la commune du Plateau enregistre à peine 1% des IC.

Nombre de sites rapportés et fréquence de rapportage

Les 3.045 IC ont rapporté, au total 1.513 points chauds dans l'ensemble de la ville d'Abidjan. Ces sites ont été obtenus après regroupement de 3.519 signalements de sites. Il apparaît clairement qu'un même site peut être cité par plusieurs IC.

Une analyse des données de la phase 1 indique, tout de même que plus de la moitié des points chauds (62%) n'a été citée qu'une seule fois par les IC. 16% des sites ont été indiqués par 2 IC et 8% des sites ont été rapportés 3 fois alors que 15% des sites ont été rapportés plus de 3 fois par les IC.

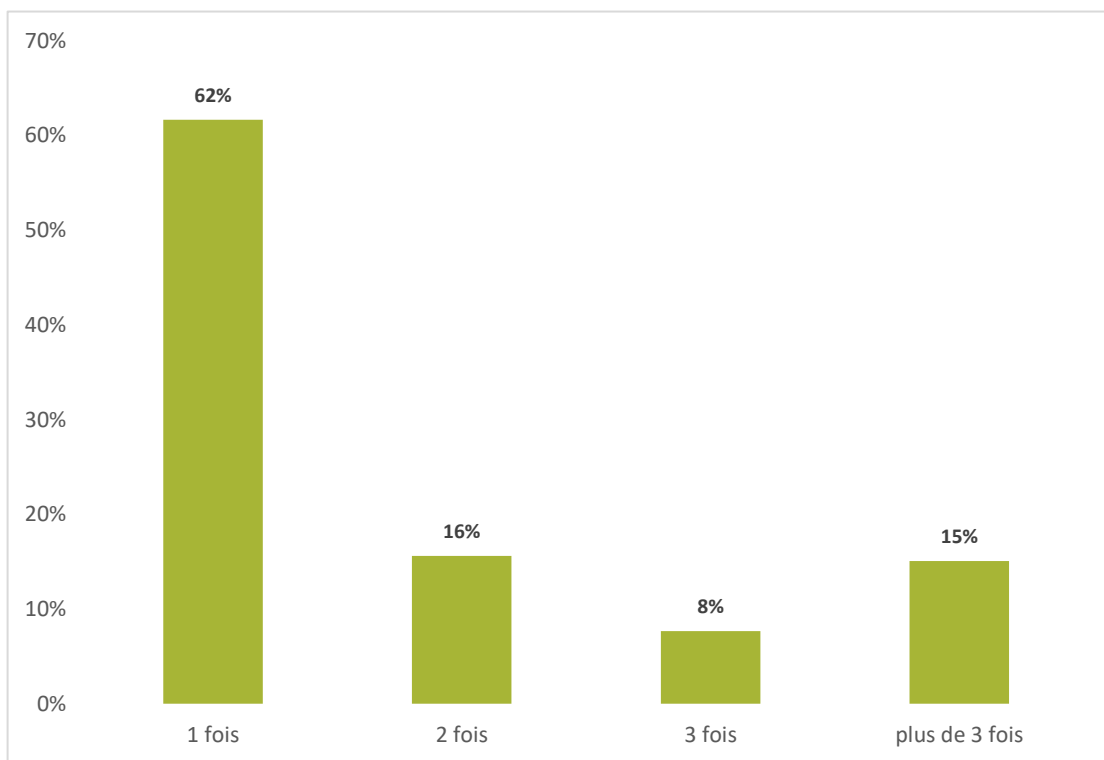


Figure 3. Fréquence de rapportage des sites

Même si aucune commune n'affiche une prédominance exceptionnelle, pour ce qui est du nombre de sites, la répartition des sites identifiés par les IC dans les différentes communes laisse tout de même apercevoir que près d'un site sur quatre (24%) se situe dans la commune de Yopougon considérée comme une commune de « joie ». La deuxième commune abritant le plus grand nombre de sites répertoriés est celle de Cocody avec 15% des sites, suivie des communes de Port-Bouet et d'Abobo (14%). La commune du plateau, centre administratif, enregistre le plus faible nombre de site (1%)

Comme on peut le remarquer, même si la commune la plus peuplée abrite le grand nombre de sites, il est important de noter que le nombre de site ne dépend pas forcément de la taille de la commune ou de

la concentration de la population. En effet, les 2 plus grandes communes et les plus peuplées (près de la moitié de la population abidjanaise) c'est-à-dire Yopougon et Abobo enregistrent moins de la moitié des sites (38%).

Tableau 4. Répartition des sites au sein des communes de la ville d'Abidjan.

COMMUNES	NOMBRE DE SITES	PROPORTION
ABOBO	216	14%
ADJAME	82	5%
ATTECOUBE	67	4%
COCODY	232	15%
KOUMASSI	163	11%
MARCORY	116	8%
PLATEAU	22	1%
PORT-BOUET	209	14%
TREICHVILLE	40	3%
YOPOUGON	366	24%
ENSEMBLE	1513	100%

Répartition des sites selon la fréquentation par les groupes de population clé.

Parmi les 1.513 sites répertoriés, les IC ont identifié 1353 sites (89% des sites) comme étant des sites fréquentés par les TS alors que moins de la moitié (46%) des sites soit 693 sites ont été indiqués comme site de fréquentation des HSH. 35% des sites (537 sites) ont été indiqués comme site où les HSH ont des rapports sexuels pour de l'argent.

Il est important de noter qu'un même site peut être signalé par un IC comme étant à la fois un site de fréquentation des TS, des HSH, des UD, etc.

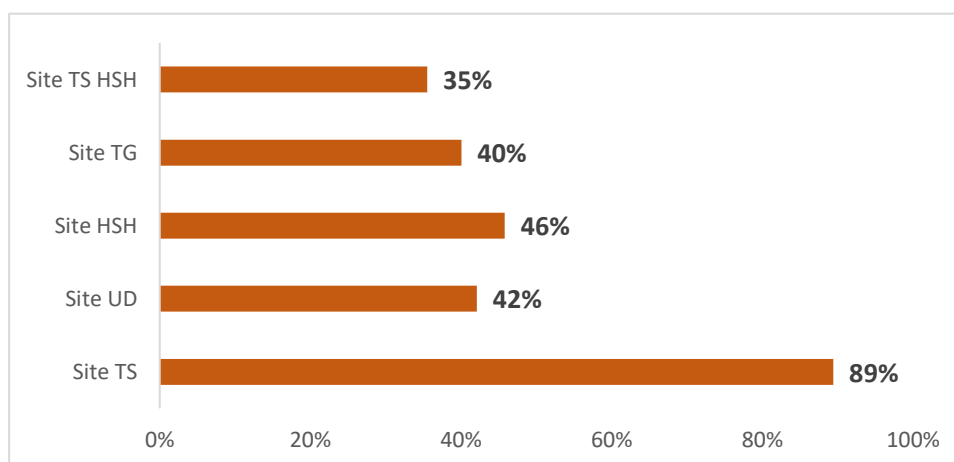


Figure 4. Répartition des sites répertoriés par les IC selon la fréquentation des groupes de population clé

RESULTATS DE LA PHASE 2 : VALIDATION DES SITES PHYSIQUES

Statut des sites visités

L'ensemble des 693 sites préalablement identifiés HSH et 164 sites non HSH ont été recherchés. En plus, ce sont ajoutés 20 nouveaux sites du fait que certains points indiqués par les IC étaient des espaces contenant plusieurs points chauds qui ont été tous pris en compte.

En somme, ce sont 877 sites qui ont été recherchés dans l'ensemble des communes de la ville d'Abidjan. Sur l'ensemble de ces sites recherchés, 57 sites se sont avérés être des doublons, ce qui a réduit l'effectif à 820 sites. 575 sites ont été retrouvés et fonctionnels tandis que 112 sites n'ont pu être retrouvés, 64 sites étaient fermés et 69 n'ont pu être visités bien que retrouvés.

Tableau 5. Répartition des sites visités selon le statut

VALIDATION DU SITE	EFFECTIF	PROPORTION
Sites trouvés et opérationnels	575	70,12%
Sites non trouvés	112	13,66%
Sites fermés temporairement	44	5,37%
Sites fermés Définitivement	20	2,44%
Autre	69	8,41%
Ensemble	820	100%

Sites HSH confirmés

A la question «*Est-ce que des hommes rencontrent des nouveaux partenaires sexuels masculins ici ?*», seulement 216 informateurs de site (IS) ont reconnus que leurs sites sont fréquentés par des HSH. La répartition des sites par commune montre que la commune de Cocody abrite le plus grand nombre de sites confirmés HSH (sur la base de la déclaration des informateurs de sites) avec 46 sites confirmés soit 21% des sites. Cette commune est suivie des communes d'Abobo et de Yopougon qui totalisent chacune 42 sites confirmés soit 19% des sites confirmés. Ces 3 communes regroupent à elles seules près de deux tiers des sites validés HSH.

Tableau 6. Répartition des sites HSH confirmés par commune

COMMUNES	SITES HSH	PROPORTION SITES
ABOBO	42	19,44%
ADJAME	5	2,31%
ATTECOUBE	12	5,56%
COCODY	46	21,30%
KOUMASSI	9	4,17%
MARCORY	24	11,11%
PLATEAU	3	1,39%
PORT-BOUET	26	12,04%

TREICHVILLE	7	3,24%
YOPOUGON	42	19,44%
ENSEMBLE	216	100%

Il convient de noter, toutefois, que sur 42 autres sites, les informateurs de site ont déclaré leur site comme n'étant pas des sites HSH bien qu'il ait été constaté la présence de cette cible sur ces sites lors des visites de validation. Ils ont par ailleurs été interviewés dans le cadre de l'étude. Les informations concernant.

Caractéristiques des informateurs de site (IS)

Le formulaire de la phase 2 comportait 2 volets : un volet adressé aux HSH lorsqu'ils étaient trouvés sur le site et un autre volet adressé aux IS afin de recueillir les caractéristiques des sites. Sur les 216 IS interrogés sur les sites confirmés HSH, il ressort que plus de la moitié d'entre eux, soit 63% sont les propriétaires ou managers ou membres du staff. 13% sont des clients trouvés sur place et qui affirment être des habitués du site. Les autres IS (24%) sont constitués en général de riverains (69,23%) et des membres de la population clé (30,77%). Les IS membres de la population clé interviewés sont en majorité des HSH (68,75%). Un IS sur quatre (25%) est une travailleuses du sexe contre 6,25% d'usagers de drogue.

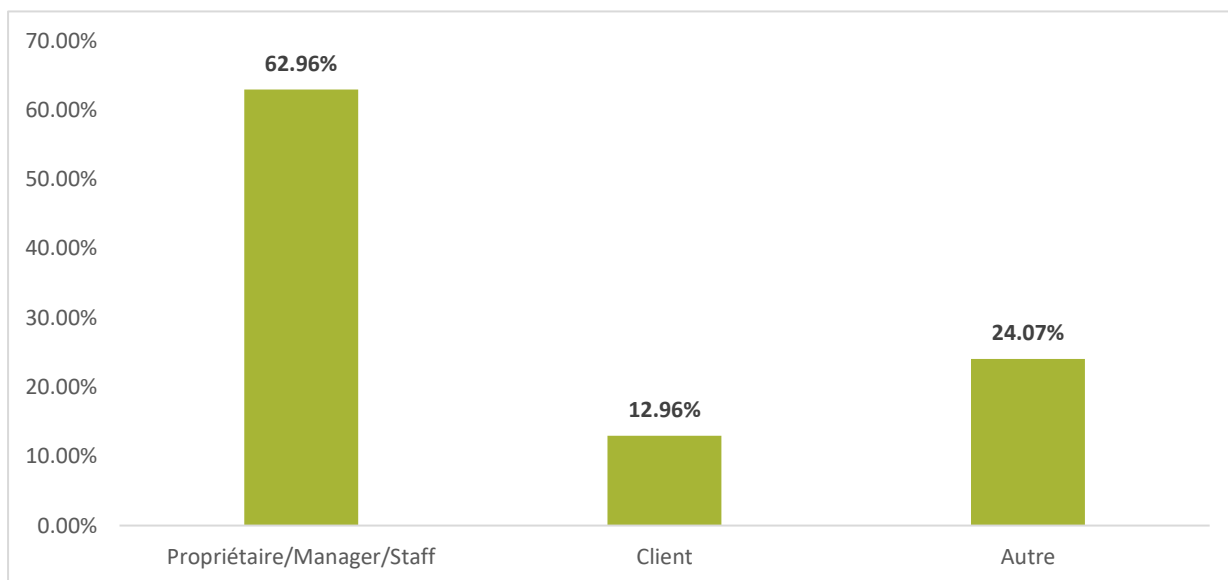


Figure 5. Statut des informateurs de site

Les informateurs sont en majorité de sexe masculin (86%) tel que traduit par le graphique ci-dessous.

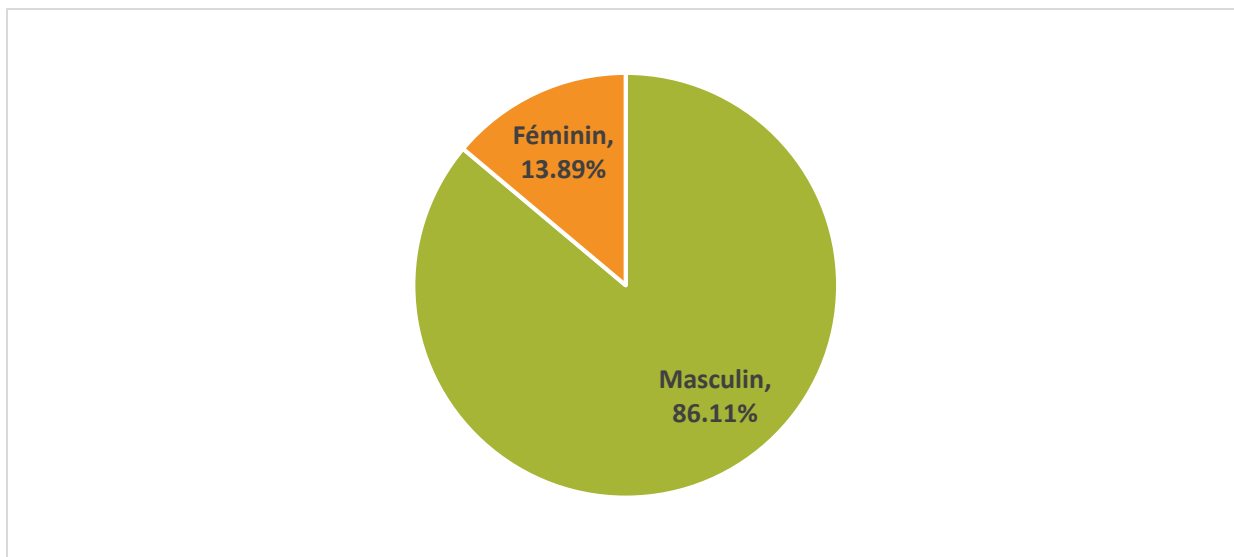


Figure 6. Répartition des informateurs de site selon le sexe

Les IS se caractérisent enfin par leur jeunesse. En effet, plus de la moitié des IS (54%) n’a pas encore atteint son trentième anniversaire. 24% appartiennent au groupe d’âge 30-34 ans et 23% des IS interrogés sont âgés de 35 ans et plus.

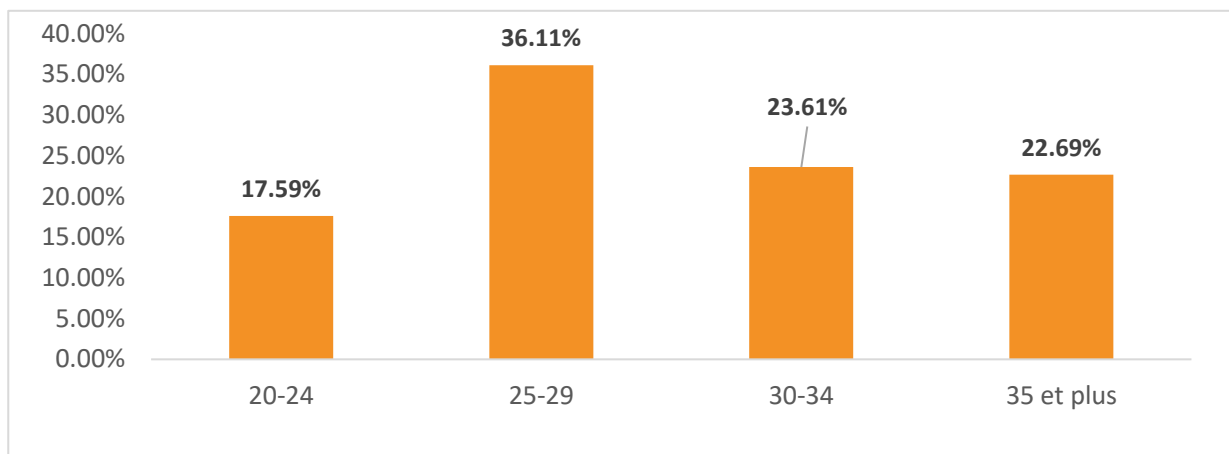


Figure 7. Répartition des informateurs de site par groupe d’âge

Caractérisation des sites physiques HSH

Les points chauds HSH peuvent être caractérisés selon leur typologie mais aussi selon la durée d’existence ou les groupes cibles qui les fréquentent.

Typologie des points chauds HSH

La typologie des sites est diverse mais il ressort dans l’ensemble que dans la ville d’Abidjan les principaux types de points chauds fréquentés par les HSH sont les bars formels (31%), les maquis (24%), les domiciles (12%) et les rues (10%).

Tableau 7. Répartition des sites selon le type

Classes	Répartition des sites selon le type	Effectif	Proportion (%)
Endroit pour manger/Boire/Dormir	Bars formels	68	31,48%
	Bars informels	5	2,31%
	Hôtels	5	2,31%
	Restaurant/Fast food	4	1,85%
	Maquis	52	24,07%
Espace public	Rue	22	10,19%
	Marché	4	1,85%
	Ecole /Campus	2	0,93%
	Magasin	5	2,31%
	Plage/Lac	4	1,85%
	Cour/Terrain/Jardin	9	4,17%
	Gare	2	0,93%
Autre	Domicile	26	12,04%
	Salon de coiffure	4	1,85%
	Autres	4	1,85%
Ensemble		216	100%

La distribution des types par commune montre que si dans les communes de Treichville et Marcory, ce sont les bars formels qui sont les plus rencontrés au niveau des sites HSH avec respectivement 71%, et 58%, les maquis et les domiciles restent les sites prédominants dans les communes telles que Port-Bouet (35%) et Abobo (24%). Dans la commune de Koumassi, ce sont les rues qui sont le plus rencontrées. A Yopougon on rencontre 38% de maquis pour 31% de bars formels.

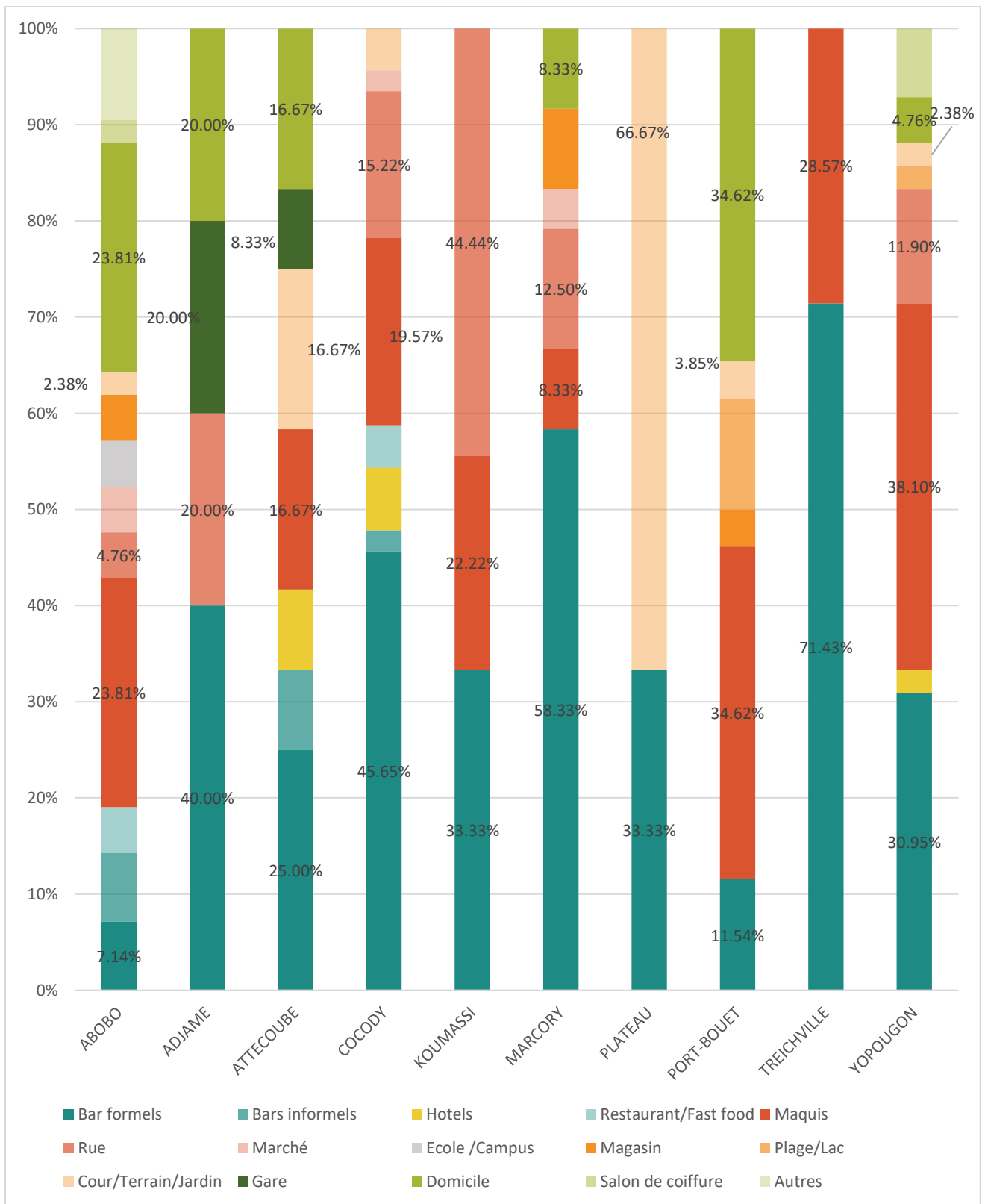
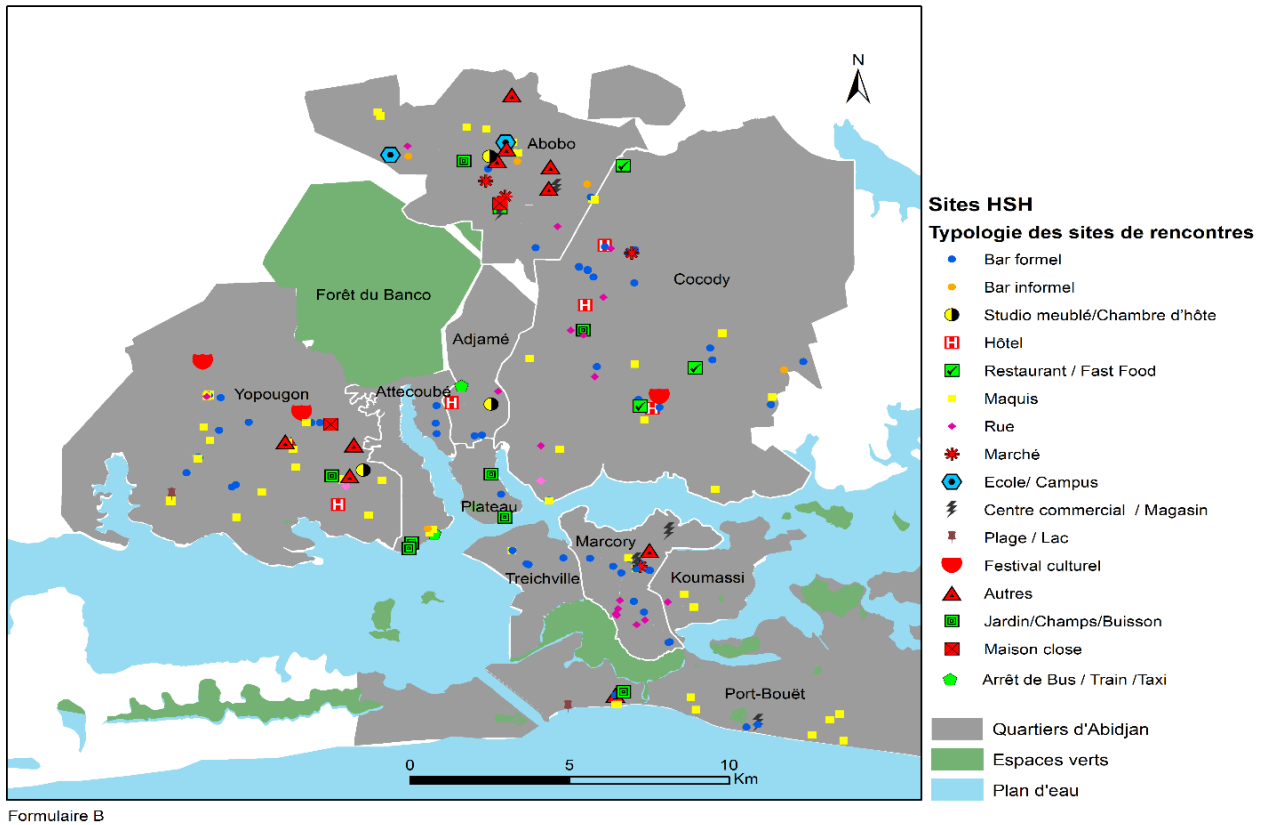


Figure 8. Distribution des sites HSH par commune et selon le type

La typologie des sites au sein de la ville d'Abidjan peut être traduite par le schéma ci-après :



Carte 1. Répartition des sites par type dans la ville d'Abidjan

Durée d'existence des sites HSH

S'il est vrai que les sites HSH sont des sites assez dynamiques, l'on constate tout de même que la majorité des sites (80%) confirmés par les informateurs de site comme étant des sites HSH ont une durée d'existence supérieure à 2 ans. Seulement 5% des sites ont une durée d'existence de moins d'un an. 13% des sites ont entre 1 et 2 ans de vie.

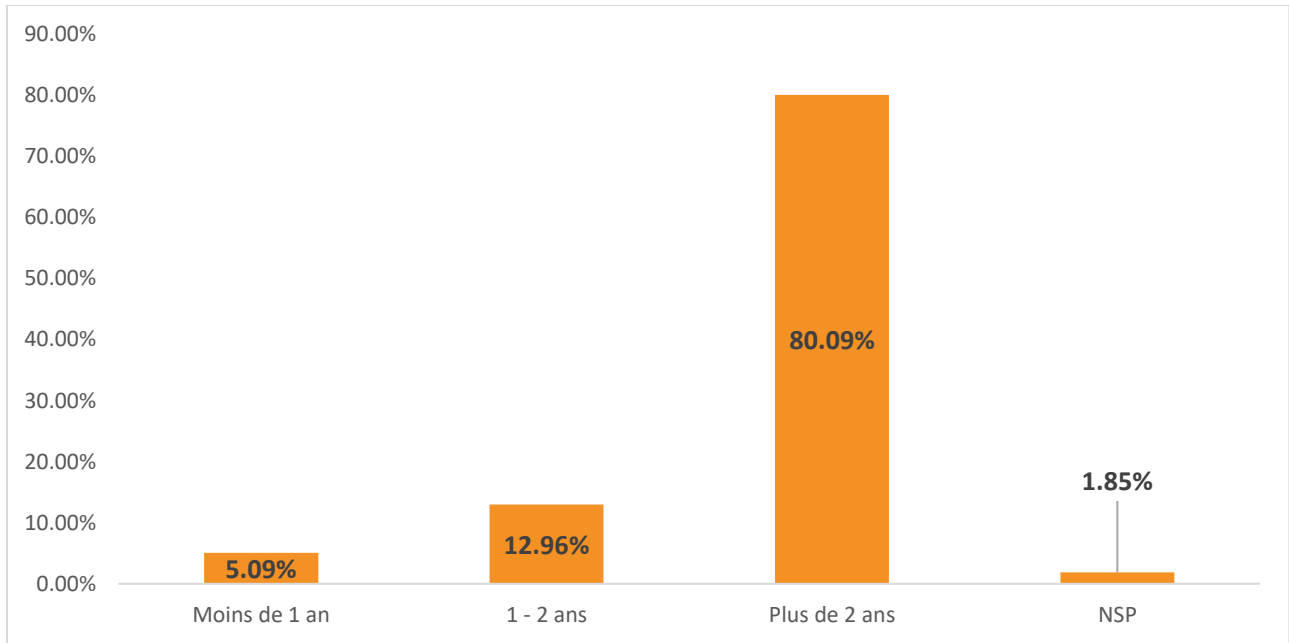


Figure 9. Durée d'existence des sites physiques HSH

Jours et heures d'affluence

La plupart des IS ont déclaré recevoir des clients chaque jour. Cependant, les plus fortes affluences au niveau des points chauds sont enregistrées en fin de semaine c'est-à-dire les vendredi, samedi et dimanche.

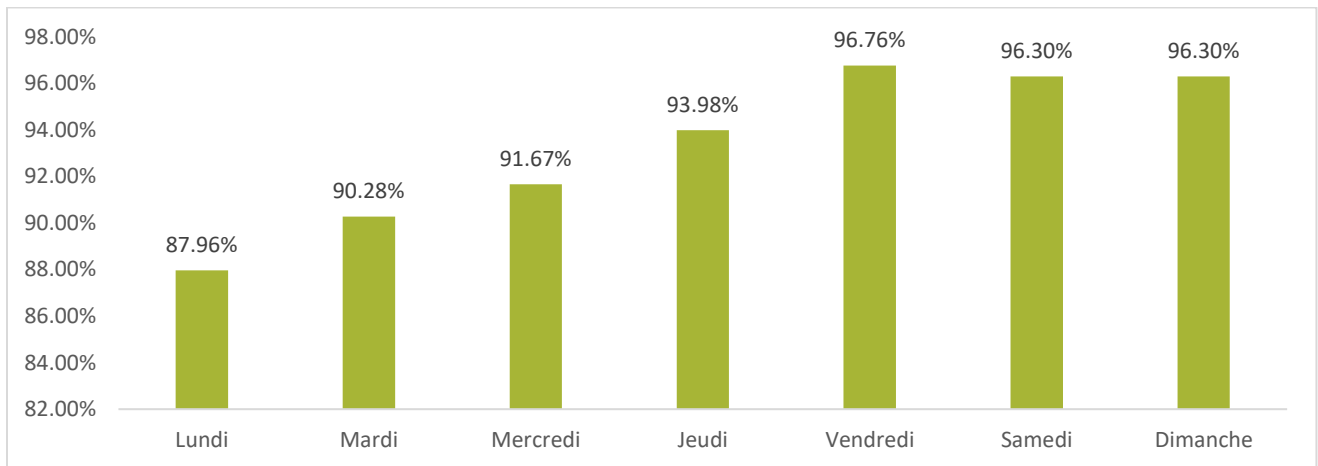


Figure 10. Jours d'affluence selon les Informateurs de site (points chauds)

Concernant les moments de forte affluence, les informateurs de site situent les heures d'affluence en fin de soirée ou au début de la tombée de la nuit confirmant le caractère noctambule de la cible. Pour plus de 60% des IS, les heures d'affluence se situent entre 17 heures et minuit. Toutefois les plus fortes affluences sont enregistrées les weekends, c'est-à-dire les vendredis, samedi et dimanche à partir de 17 heures et ce, jusqu'au petit matin à 6 heures.

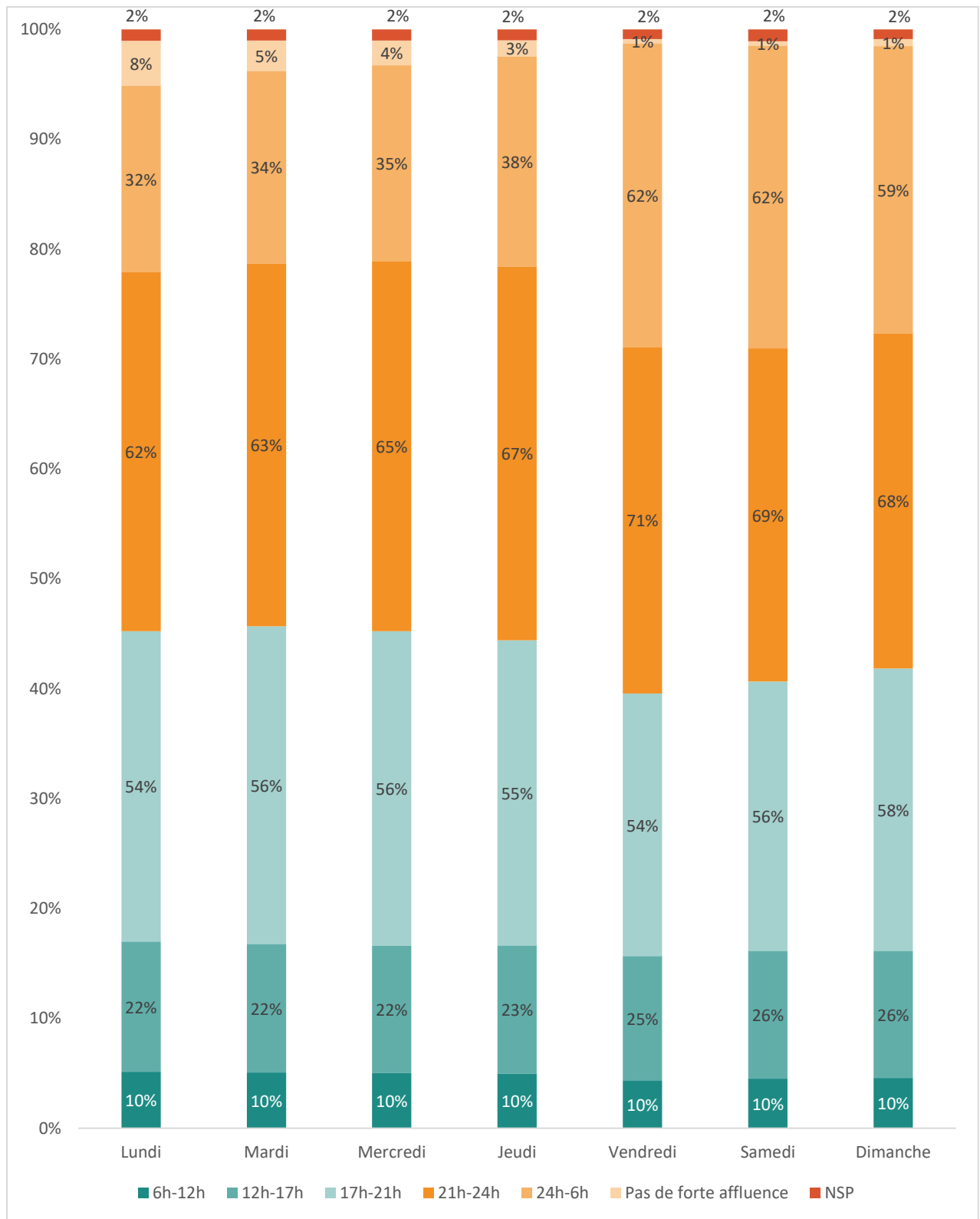


Figure 11. Jours et heures d'affluence des sites physiques HSH

Effectif estimé des HSH usagers des points chauds

Sur chaque site où un HSH a pu être interrogé, il lui a été demandé d'estimer la taille de ses pairs les jours de faible affluence et les jours de plus forte affluence.

Aucun HSH n'a pu être interrogé dans les points chauds au Plateau. En effet, on a retrouvé aucun HSH sur les sites du Plateau au cours de la phase de validation.

Effectifs moyens sur les sites aux moments de faible affluence

Sur chaque site où un HSH a été interrogé, il lui a été demandé d'estimer la taille de ses pairs les jours de faible affluence et les jours de plus forte affluence. Cette question n'a pas été posée lors de la phase pilote à Abobo. Toutefois, la taille des HSH lors des moments de faible affluence a été estimée en appliquant la moyenne de l'ensemble des communes.

Dans l'ensemble, les HSH s'estiment les jours de faible affluence à 943 individus sur l'ensemble des sites où une estimation a été faite avec une moyenne générale de 5 HSH par site dans la ville d'Abidjan.

Quatre communes ont une concentration de HSH par site supérieure ou égale à la moyenne générale.

Tableau 8. Effectif moyen de HSH sur les sites aux moments de faible affluence selon les communes

COMMUNES	SITES REpondANTS	FAIBLE AFFLUENCE	MOYENNE
ABOBO	25	105	4
ADJAME	5	12	2
ATTECOUBE	9	40	4
COCODY	52	278	5
KOUMASSI	8	42	5
MARCORY	18	119	7
PLATEAU	0	0	0
PORT-BOUET	25	59	2
TREICHVILLE	6	9	2
YOPOUGON	37	279	8
ENSEMBLE	185	943	5

Les plus faibles chiffres sont retrouvés dans les communes de Treichville, Adjamé et Port-Bouet avec une moyenne de 2 HSH par site. Yopougon enregistre les plus grands nombres de HSH lors des moments de faible affluence avec 8 HSH en moyenne par site.

Une analyse selon le type de site montre que l'on enregistre un maximum de 6 HSH par site sur les principaux points chauds au moment de faible affluence. Ce maximum est enregistré dans les bars formels et les espaces publics. Les maquis et les domiciles enregistrent une moyenne de 4 HSH par site.

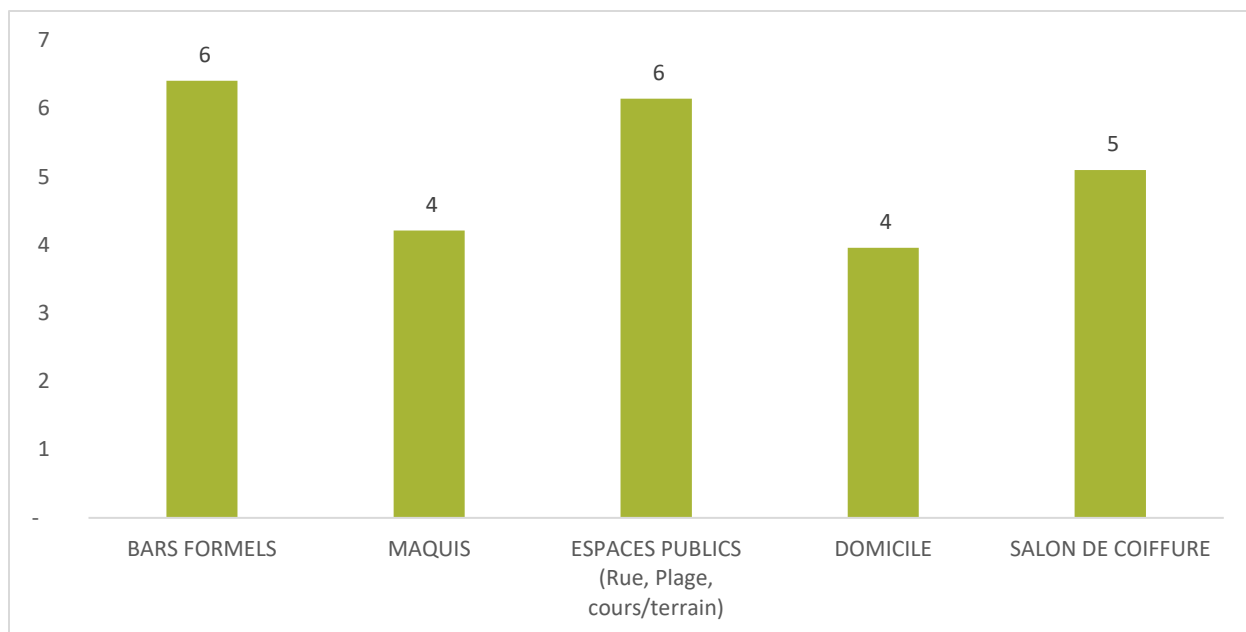


Figure 12. Concentration des HSH sur les principaux types de points chauds au moment de faible affluence

Effectifs moyens sur les sites aux moments de forte affluence

Au moment de plus forte affluence la moyenne générale est de 13 HSH par site dans la ville d'Abidjan.

Tableau 9. Effectif estimé des HSH au moment de forte affluence

COMMUNES	SITES REpondANTS	FORTE AFFLUENCE	MOYENNE
ABOBO	25	408	16
ADJAME	5	34	7
ATTECOUBE	9	105	12
COCODY	52	781	15
KOUMASSI	8	123	15
MARCORY	18	269	15
PLATEAU	-	-	-
PORT-BOUET	25	222	9
TREICHVILLE	6	30	5
YOPOUGON	37	490	13
ENSEMBLE	185	2 462	13

En termes de concentration, c'est la commune d'Abobo qui enregistre plus de HSH par site (16 HSH). Ensuite les communes de Cocody, Koumassi et Marcory enregistrent chacune 15 HSH par site. La Commune de Treichville n'enregistre que 5 HSH par site.

En termes de concentration par type de site, c'est au niveau des bars formels et espaces publics que l'on rencontre le plus de HSH par site (16 HSH en moyenne). On rencontre en moyenne 13 HSH par maquis dans la ville d'Abidjan et 10 HSH par domicile contre 8 HSH par salon de coiffure.

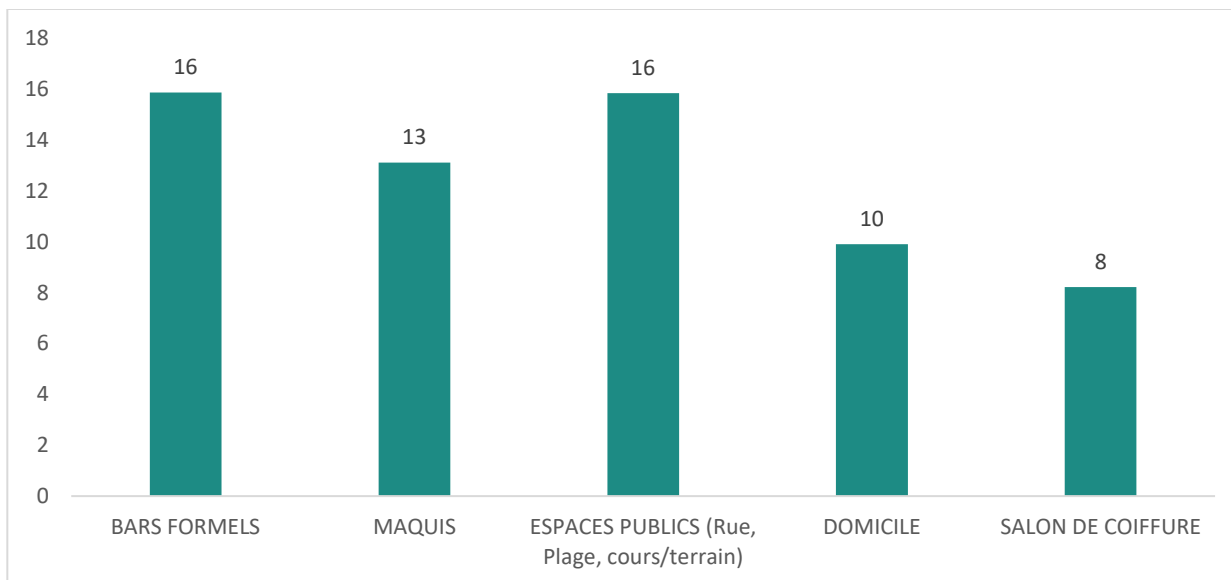


Figure 13. Concentration des HSH sur les principaux types de site aux moments de forte affluence

Au moment de plus forte affluence c'est la commune de Cocody qui enregistre la plus grande estimation de HSH soit 781 HSH, suivie des communes de Yopougon (490 HSH) et Abobo (408 HSH).

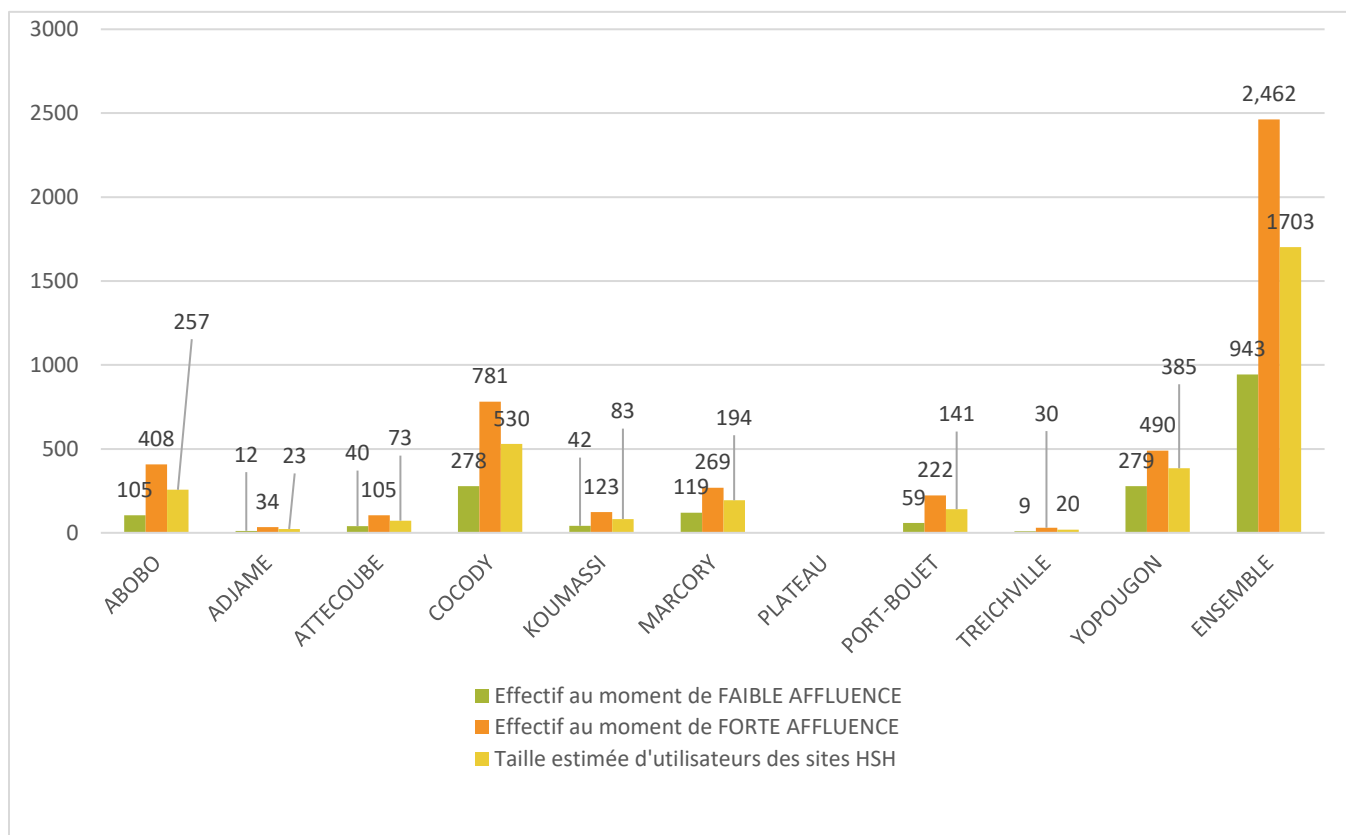


Figure 14. Effectifs des utilisateurs des points chauds par commune.

Par contre, selon les sous type de sites, on constate que les bars et maquis concentrent plus de monde.

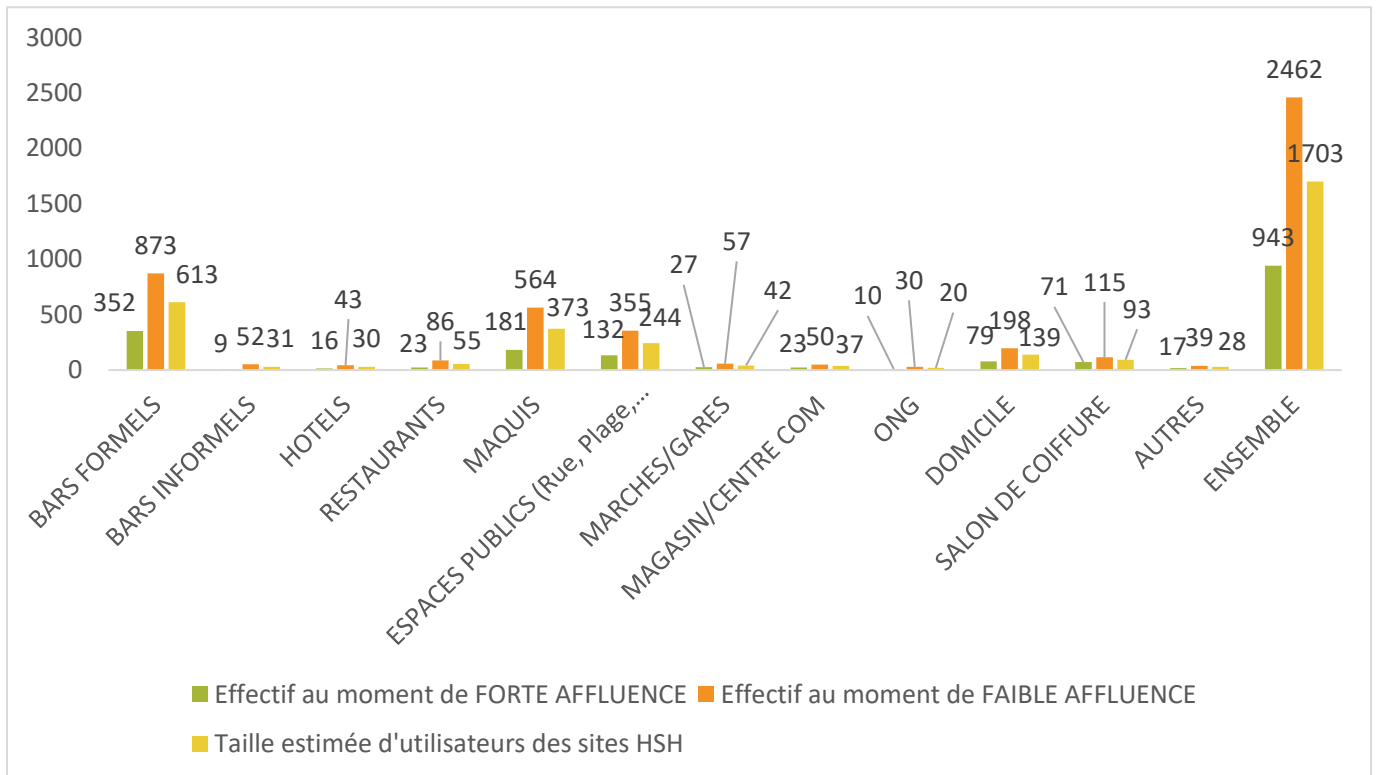
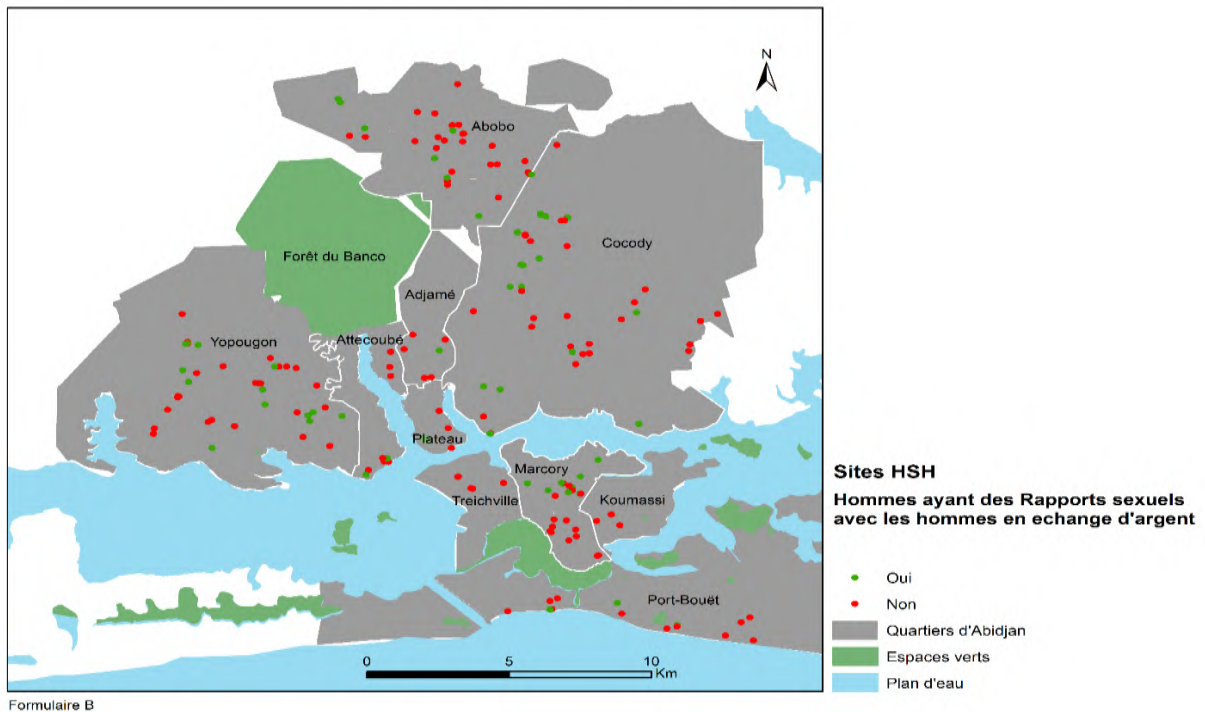


Figure 15. Effectifs des utilisateurs de points chauds HSH par type de site

Sites de travail du sexe pour les HSH

Selon 66% des informateurs de site confirmés, leurs sites sont des lieux où les HSH qui ont des rapports sexuels pour de l'argent viennent chercher des clients.

Ces sites où les HSH qui ont des rapports sexuels pour de l'argent viennent chercher des clients (TS HSH) sont répartis comme suit, au sein de la commune :



Carte 2. Répartition des sites où les TS HSH viennent chercher des clients

Fréquentation des sites HSH par d'autres groupes de populations clés

Les sites HSH sont en général des sites mixtes. En effet, 68% des sites confirmés HSH sont également fréquentés par les travailleuses du sexe (TS). 33% sont fréquentés par les transgenres et plus de 30% par les usagers de drogue injectables.

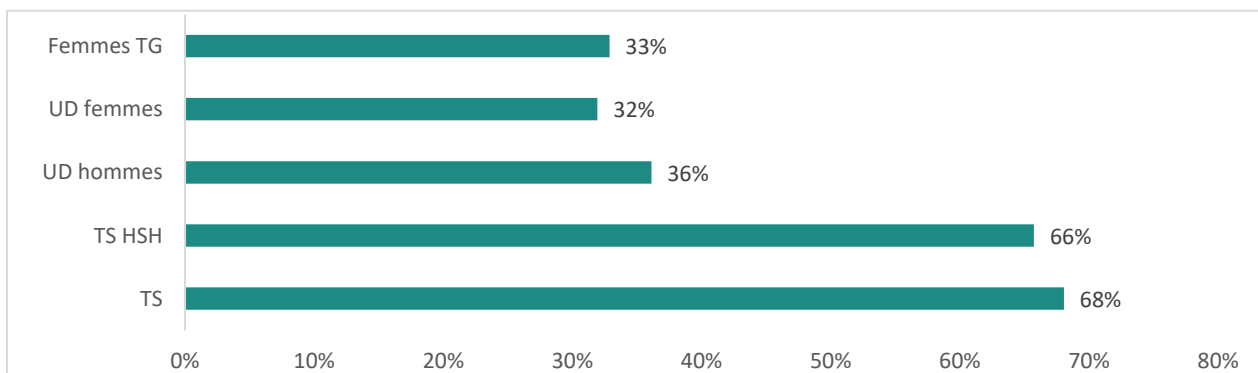


Figure 16. Fréquentation des sites physiques HSH par d'autres groupes de populations clés

Au niveau des domiciles privés, 19% des informateurs ont affirmé que ces points étaient fréquentés par des travailleuses du sexe et seulement 4% ont déclaré que les usagers de drogues injectables fréquentaient les sites.

Disponibilité des préservatifs sur sites

Lorsqu'on s'intéresse à la disponibilité des préservatifs sur les sites HSH au cours des 6 derniers mois, on constate que sur moins d'un site sur quatre (23%), les préservatifs sont toujours disponibles. Selon 27% des IS, les préservatifs sont souvent disponibles et près de la moitié des IS (49%) déclarent que les préservatifs ne sont jamais disponibles sur leur site.

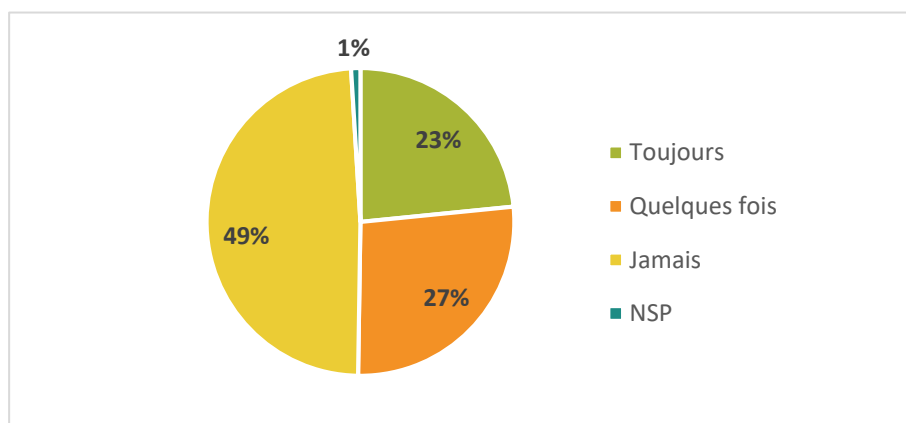


Figure 17. Fréquence de disponibilité des préservatifs masculins sur site physiques HSH

Une analyse par commune montre que la disponibilité des préservatifs est plus fréquente dans la commune d'Attécoubé. Sur 40% des sites de cette commune, les préservatifs sont toujours disponibles et quelque fois disponibles sur 50% des sites. Sur 36% et 17% des sites d'Abobo et de Yopougon, respectivement, les préservatifs sont toujours disponibles et souvent disponibles sur 36% et 24% des sites de ces mêmes communes.

Tableau 10. Disponibilité des préservatifs masculins par commune

COMMUNES	Toujours	Quelques fois	Jamais	NSP
ABOBO	35,71%	35,71%	28,57%	0,00%
ADJAME	20,00%	20,00%	60,00%	0,00%
ATTECOUBE	40,00%	50,00%	0,00%	10,00%
COCODY	26,09%	28,26%	43,48%	2,17%
KOUMASSI	11,11%	44,44%	44,44%	0,00%
MARCORY	29,17%	20,83%	50,00%	0,00%
PLATEAU	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
PORT-BOUET	5,88%	23,53%	70,59%	0,00%
TREICHVILLE	0,00%	42,86%	57,14%	0,00%
YOPOUGON	16,67%	23,81%	59,52%	0,00%
ENSEMBLE	23,41%	26,83%	48,78%	0,98%

Si on fait cette analyse en se basant sur la typologie des sites, on constate que la disponibilité du préservatif est faible quel qu'en soit le type de site. Les domiciles et salon recueillent toutefois un score plus élevé de disponibilité en préservatif au cours des 06 derniers mois.

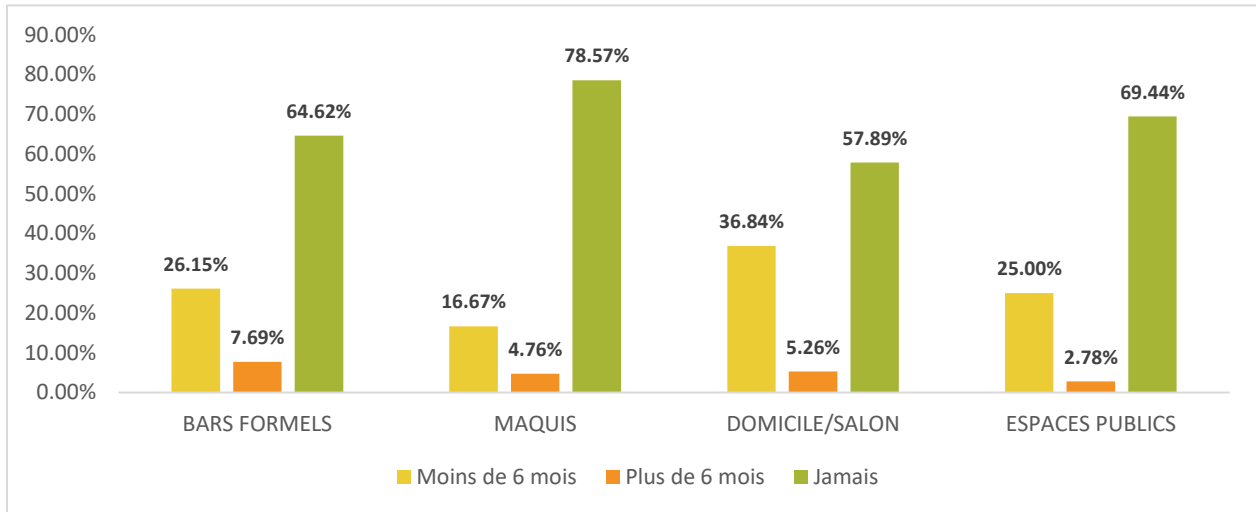


Figure 18. Fréquence de disponibilité des préservatifs masculins selon le type de site physique

Evaluation de la couverture des sites HSH par les activités de prévention et de prise en charge

Evaluation par type d'activité

Dans l'optique d'évaluer la couverture des différents sites, il a été demandé aux informateurs de site si certains services liés au VIH/Sida ont eu lieu sur leur site et à quelle période.

On note de façon globale qu'au niveau d'Abidjan, la couverture des sites par les activités de prévention ou de prise en charge demeure bien faible : de 5% à 25% au cours des six derniers mois ayant précédé l'enquête. La distribution de préservatif est l'activité la plus fréquente menée sur les sites alors que la visite par la clinique mobile est quasi inexistante dans l'ensemble des communes d'Abidjan.

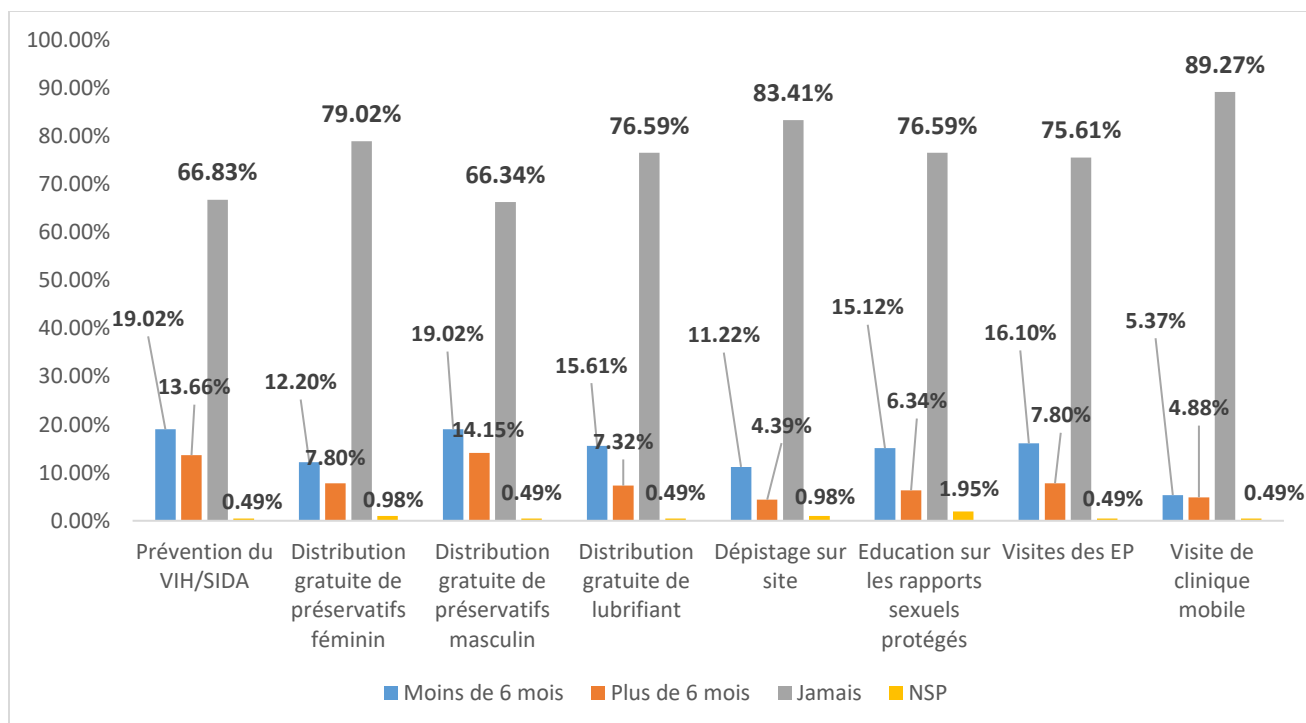


Figure 19. Couvertures des activités et services liés au VIH/Sida au niveau des points chauds HSH

Les commentaires selon les types d'activités sont les suivants :

Activités de prévention contre le VIH

Seulement 19,02% des sites ont connus une activité de prévention au cours des 6 derniers mois. Près de 7 sites sur 10 n'ont jamais connu d'activité de prévention.

Activités de distribution de préservatifs masculins

Plus de deux sites HSH sur trois (79,02%) n'ont jamais été couverts par une activité de distribution des préservatifs masculins. Seulement moins d'un site sur cinq (12,2%) a été au cours des 6 derniers mois et 14,15% ont été couverts il y a plus de 6 mois.

Activités de distribution de lubrifiants

Comme les préservatifs masculins, la distribution des lubrifiants n'apparaît pas comme une activité routinière sur les sites. En effet, selon les informateurs de site, 3 sites sur 4 n'ont jamais connu ce type d'activité. Seulement 16% des sites ont reçu une distribution de lubrifiants au cours des 6 derniers mois et 7% des sites ont bénéficié de lubrifiants il y a de cela plus de 6 mois.

Activités de dépistage sur site

Comme les activités précédentes le dépistage sur site n'est pas non plus une activité qui se déroule régulièrement. Dans l'ensemble, seulement 15% des sites ont bénéficié de cette activité et dont seulement 11% au cours des 6 derniers mois.

Visite des EP sur les sites

Selon les IS, dans la ville d'Abidjan, 3 sites sur 4 n'ont jamais reçu une visite des EP dans le cadre d'une sensibilisation sur le VIH/Sida. Seulement 16% des IS affirment avoir reçu des EP sur leurs sites dans le cadre d'une sensibilisation, au cours des 6 derniers mois. Ces résultats viennent confirmer tous les résultats précédents.

Visite de clinique mobile

De toutes les activités de prévention, la visite de clinique mobile apparaît comme celle qui n'a jamais existé sur les sites de fréquentation des HSH. 89% des sites de la ville d'Abidjan n'ont jamais reçu cette visite. Seulement 10% des IS ont déclaré avoir reçu une la visite de clinique mobile sur leurs sites dont la moitié au cours des 6 derniers mois.

Evaluation selon les communes

Activités de prévention contre le VIH

L'évaluation selon les communes indique qu'aucun site du Plateau et la quasi-totalité des sites de Cocody (qui est pourtant la commune regroupant le plus de monde au niveau des sites) n'ont jamais accueilli d'activité de prévention. La commune d'Abobo reste la seule commune avec plus de la moitié de ses sites (55%) qui ont bénéficié au cours des 6 derniers mois d'activités de prévention.

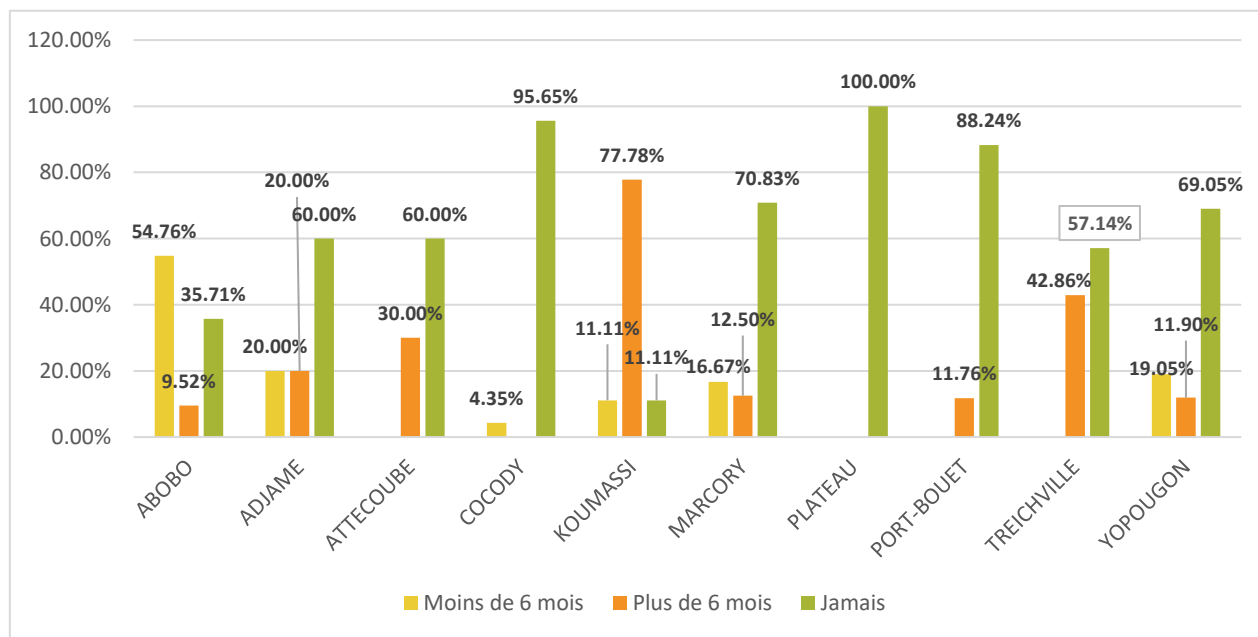


Figure 20. Evaluation de la couverture en activité de prévention par commune

Activités de distribution de préservatifs masculins

Les taux de couverture selon les communes vont de 2,17% à 54,76% au cours des six derniers mois.

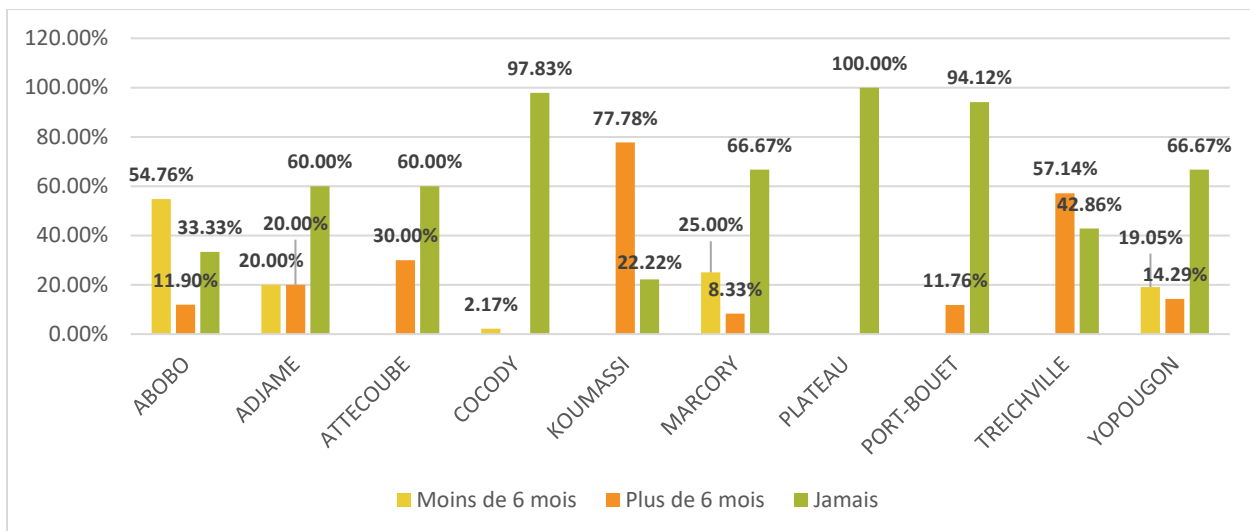


Figure 21. Evaluation de la couverture en distribution de préservatifs par commune

Les communes de Port-Bouet, Cocody et Plateau enregistrent les plus grands scores de sites jamais couverts par une activité de distribution de préservatifs masculins (respectivement 94,12 ; 97,83 et 100%). La commune d'Abobo enregistre la proportion la plus élevée (54,76%) de site ayant été couverts par cette activité au cours des 6 derniers mois. Plus de trois quarts des sites de Koumassi ont connu la distribution de préservatifs masculins mais il y a de cela plus de 6 mois.

Activités de distribution de lubrifiants

La distribution de lubrifiants apparaît comme une activité rare dans toutes les communes comme le montre le graphique suivant :

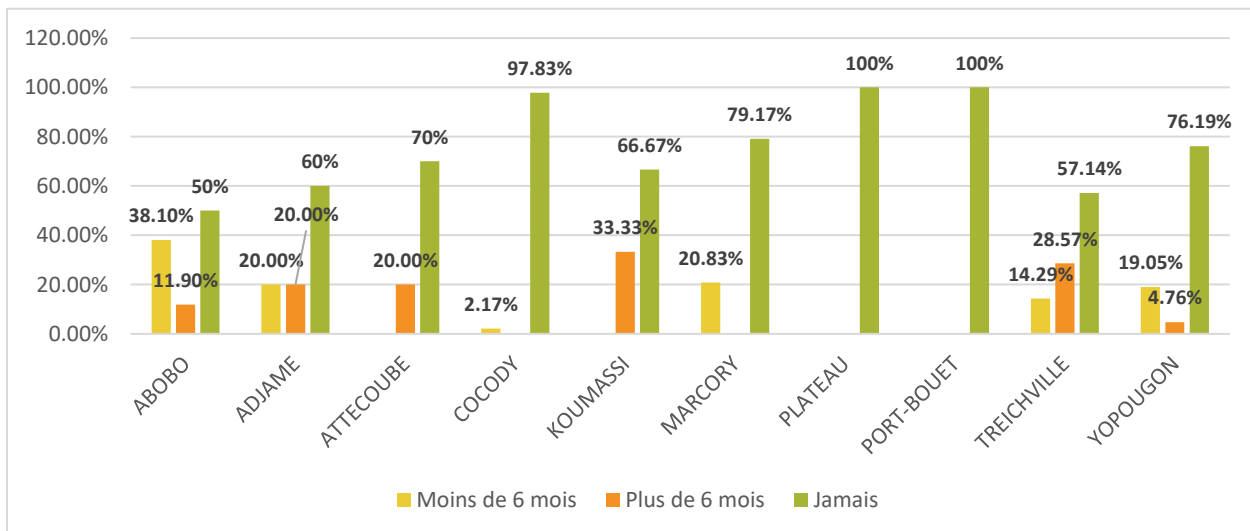


Figure 22. Evaluation de la couverture en distribution de gels lubrifiants par commune

Seule la commune d'Abobo a enregistré cette activité dans plus du quart de ses sites (38%). Selon les IS cette activité n'a jamais eu lieu dans les communes du Plateau et de Port-Bouet et quasi jamais à Cocody (98%).

Activités de dépistage sur site

L'évaluation de la couverture concernant le dépistage sur site se présente ainsi selon les communes :

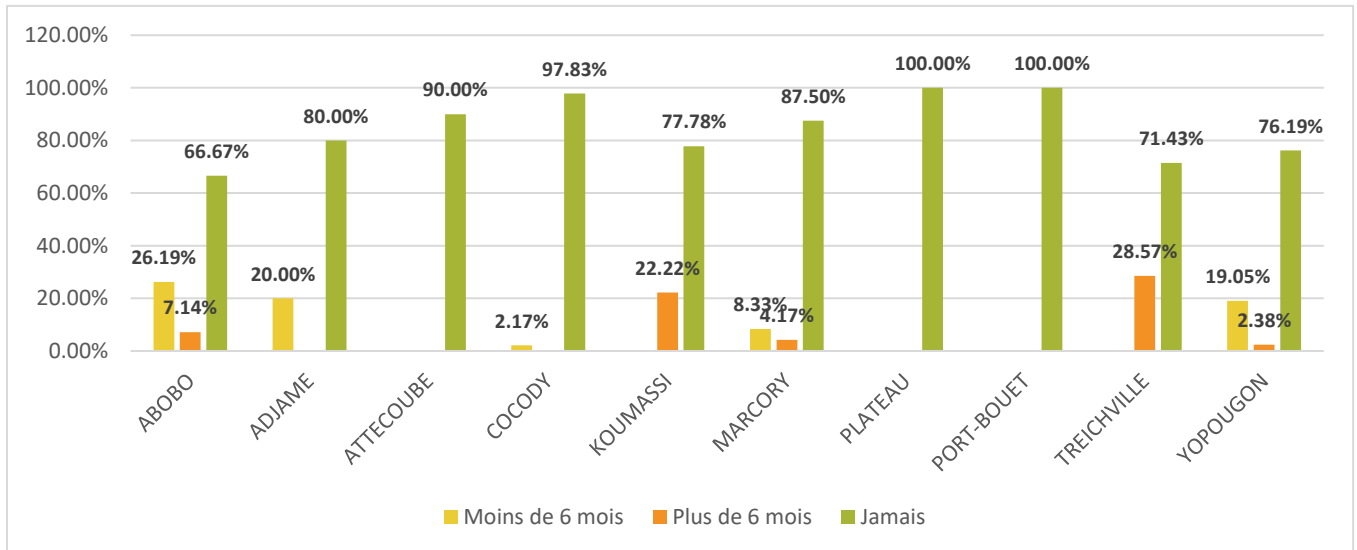


Figure 23. Evaluation de la couverture des activités de dépistage au niveau des points chauds par commune

La commune de Treichville apparait comme la commune ayant enregistré plus de sites (29%) où se sont déroulées les activités de dépistage. Cependant sur l'ensemble de ses sites, cette activité date de plus de 6 mois. 22% des sites de la commune de la commune de Koumassi ont également connu cette activité il y a plus de 6 mois. Par contre dans la commune d'Abobo, 26% des sites ont bénéficié de cette activité au cours des 6 derniers mois.

Visite des Educateurs de pairs sur les sites

Concernant les visites des EP sur sites, l'évaluation révèle les résultats ainsi présentés :

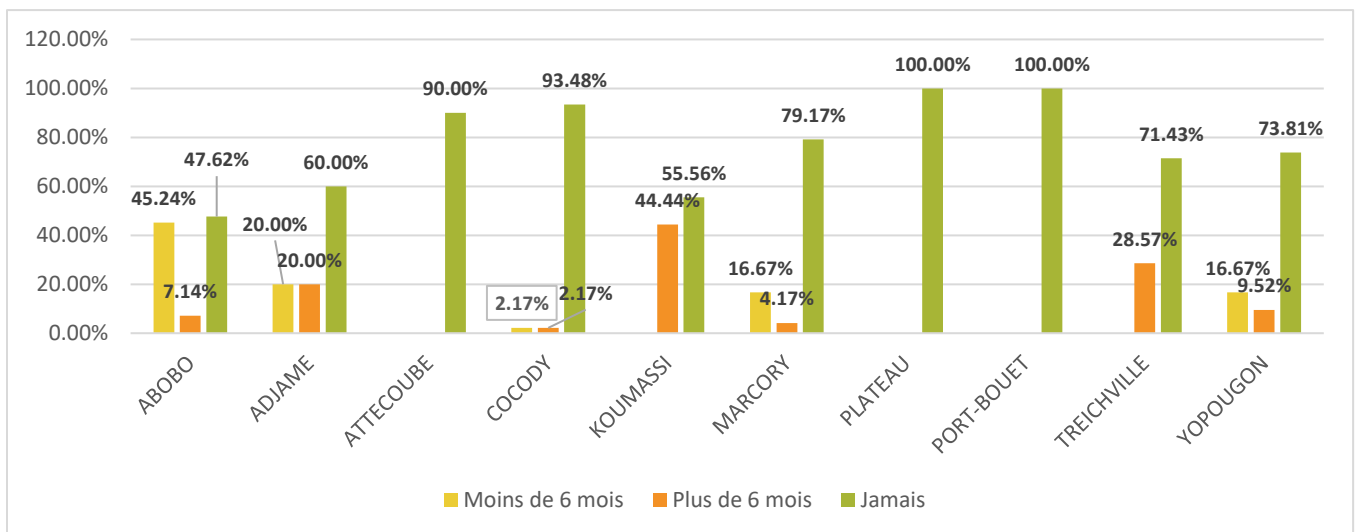


Figure 24. Evaluation de la couverture des visites des points chauds par les pairs éducateurs par commune

L'analyse par commune révèle que la commune d'Abobo est la seule à recevoir les EP sur les sites avec plus de la moitié des sites (52%) couverts par une visite des EP dont 45% au cours des 6 derniers mois. La commune de Koumassi compte 44% de sites ayant reçu une visite des EP mais cette activité date de plus de 6 mois tout comme la commune de Treichville avec 29% des sites couverts il y a plus de six mois.

Visite de clinique mobile

L'offre de service clinique mobile constitue l'activité la moins fréquente sur les points chauds :

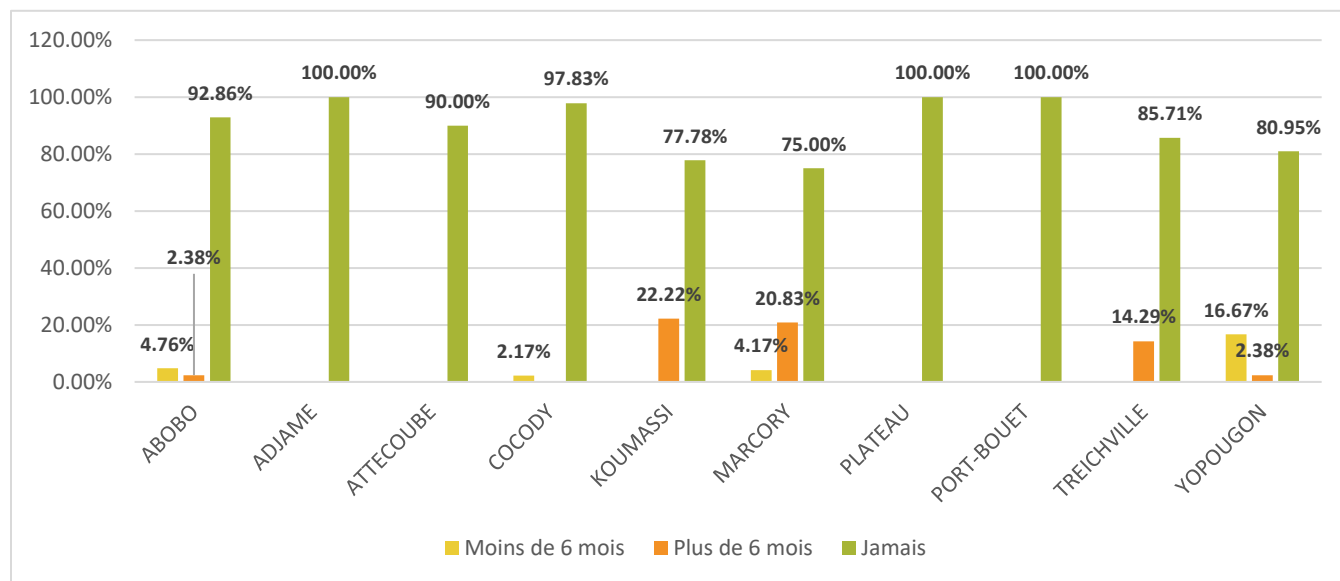


Figure 25. Evaluation de la couverture en distribution de gels lubrifiants par commune

Seule Yopougon se démarque du lot. En effet, dans cette commune 17% des sites ont reçu la visite de clinique mobile au cours des 6 derniers mois et 2% des sites il y a de cela plus de 6 mois.

Evaluation par type de site

Une analyse de l'évaluation de la couverture des activités de préventions selon les principaux types de site donne les résultats suivants :

Activités de prévention contre le VIH

Les sites les plus couverts les domiciles et salons de coiffure. 60% ont en effet reçu des activités de prévention au cours des 06 derniers mois.

Les bars, espaces publics et maquis n'ont pratiquement jamais hébergé une activité de prévention (63,41 à 78,85% des sites).

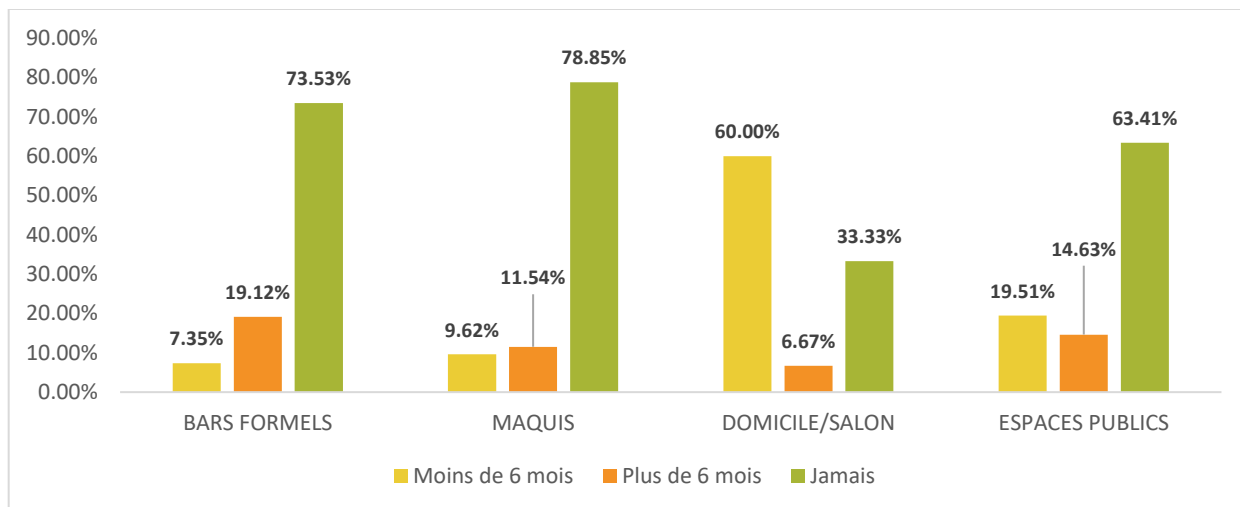


Figure 26. Couverture en activités de prévention sur les points chauds HSH selon type de site

Activités de distribution de préservatifs masculins

Les domiciles et salon de coiffure sont également privilégiés dans la distribution des préservatifs par rapport aux autres sites.

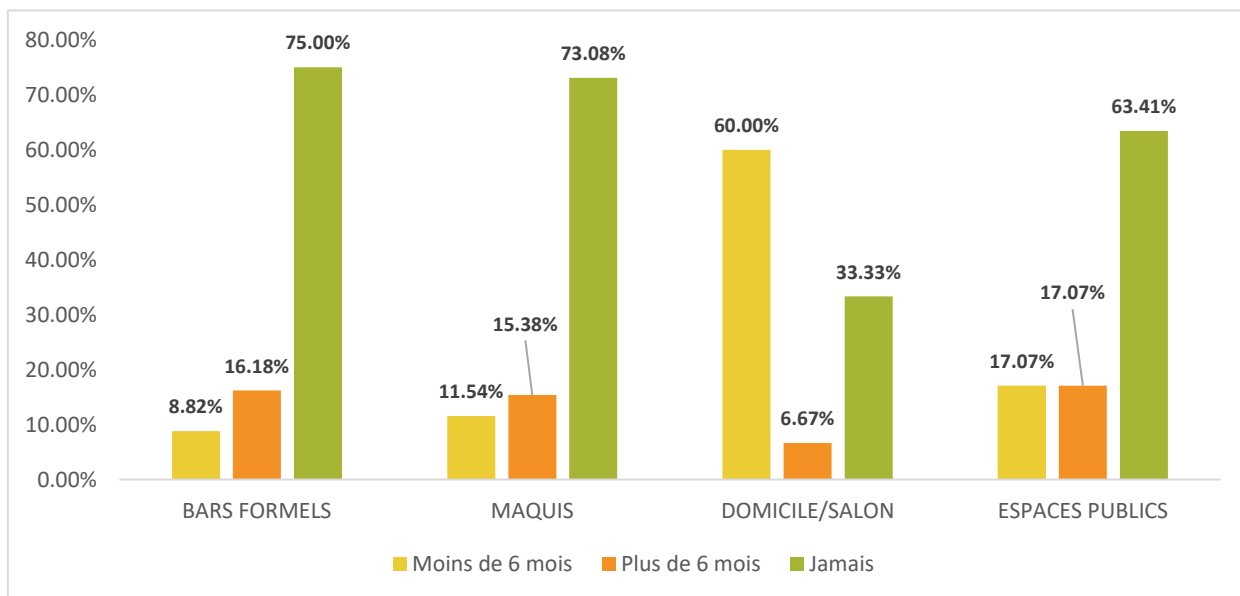


Figure 27. Evaluation de la couverture en distribution de préservatifs masculins sur les points chauds HSH selon type de site

Activités de distribution de lubrifiants

Même si, la distribution des lubrifiants n'apparaît pas comme une activité routinière sur les sites les domiciles et salons de coiffure reçoivent tout de même en proportion plus importante la distribution gratuite en gels lubrifiants.

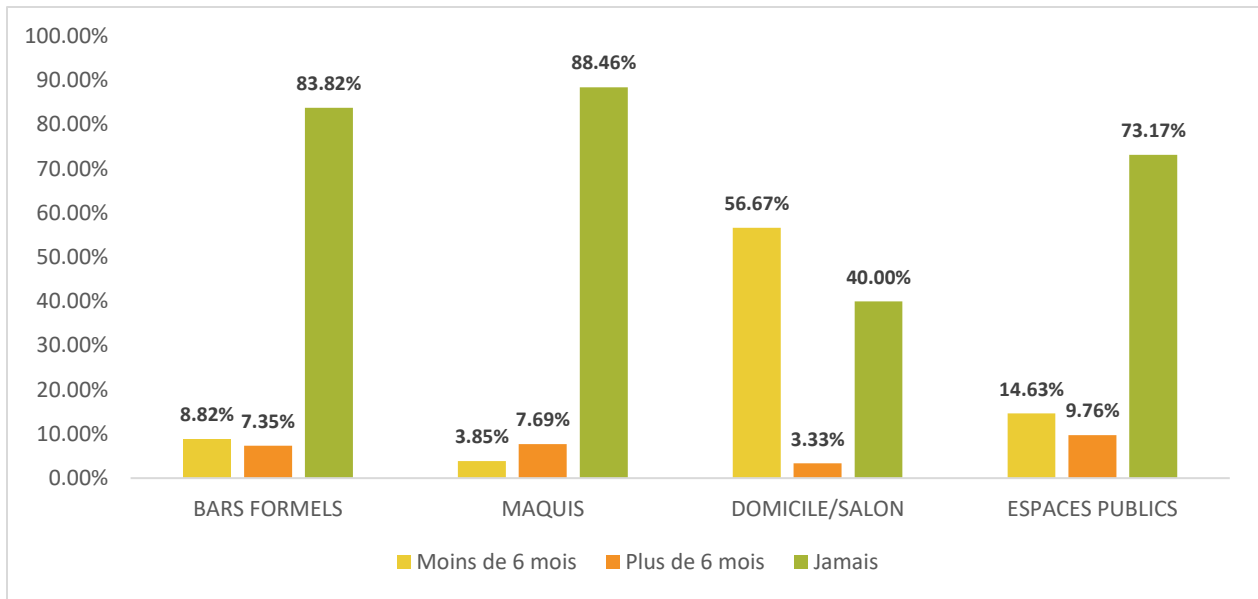


Figure 28. Evaluation de la couverture en distribution de gels lubrifiants masculins sur les points chauds HSH selon type de site

Activités de dépistage sur site

La quasi-totalité des sites quelle que soit leur typologie ne reçoivent presque pas d'activité de dépistage. Seuls les domiciles et salons sont privilégiés avec 50% qui ont été touchés par cette activité au cours des 06 derniers mois.

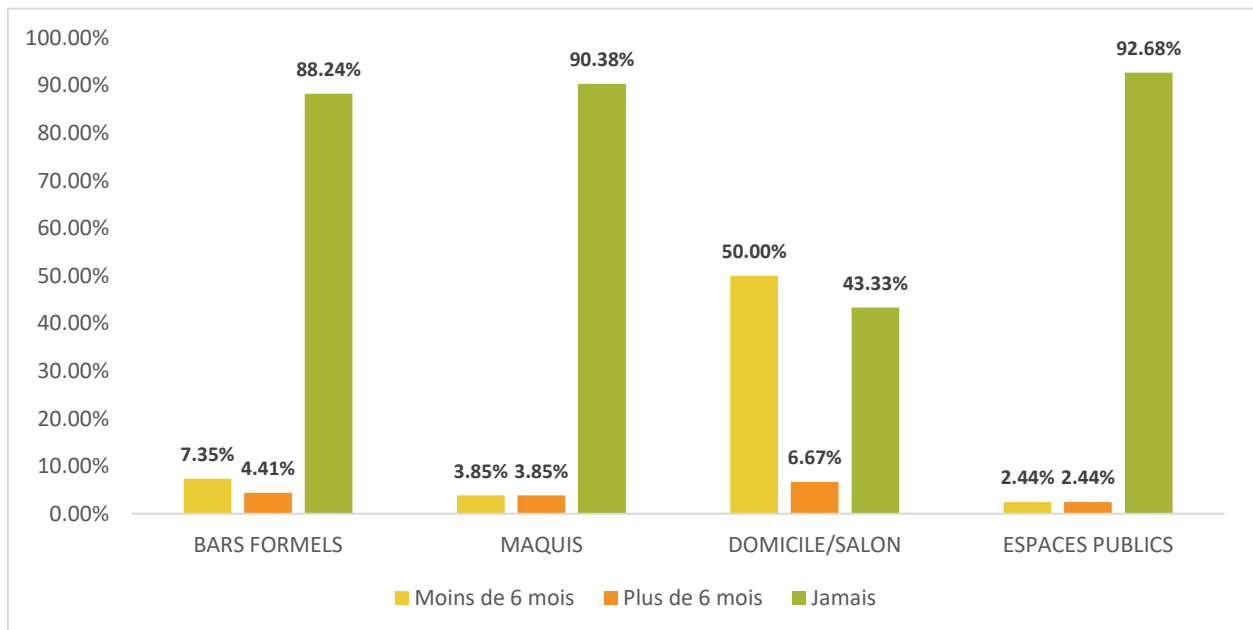


Figure 29. Evaluation de la couverture d'offre de dépistage sur les points chauds HSH selon type de site

Visite des EP sur les sites

La distribution des sites selon leur typologie et la couverture en visite par les pairs éducateurs se superpose quasiment à celle relative aux activités de Communication pour le Changement de Comportement (CCC).

En effet, là encore, ce sont les domiciles et salons de coiffure qui enregistrent les plus importants scores au cours des 06 derniers mois.

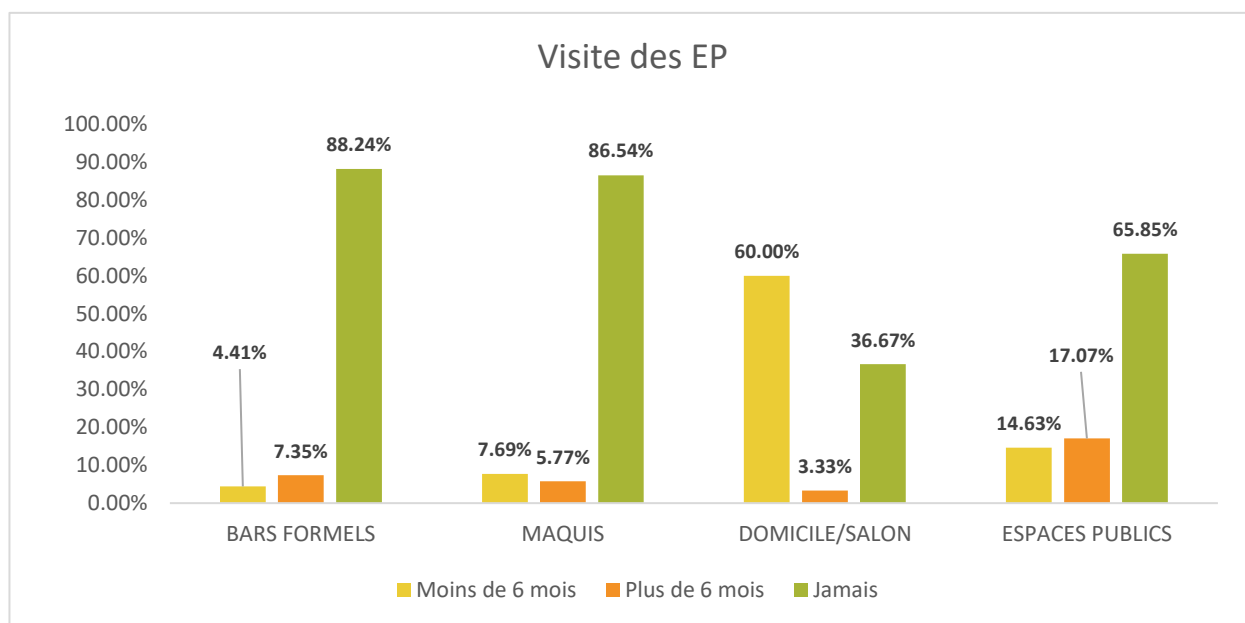


Figure 30. Evaluation de la couverture en visite par les pairs éducateurs sur points chauds selon le type de site

Visite de clinique mobile

De toutes les activités de prévention, la visite de clinique mobile est la plus rare au niveau des sites. Mais là encore, les domiciles et salons de coiffure se distinguent des autres types de sites

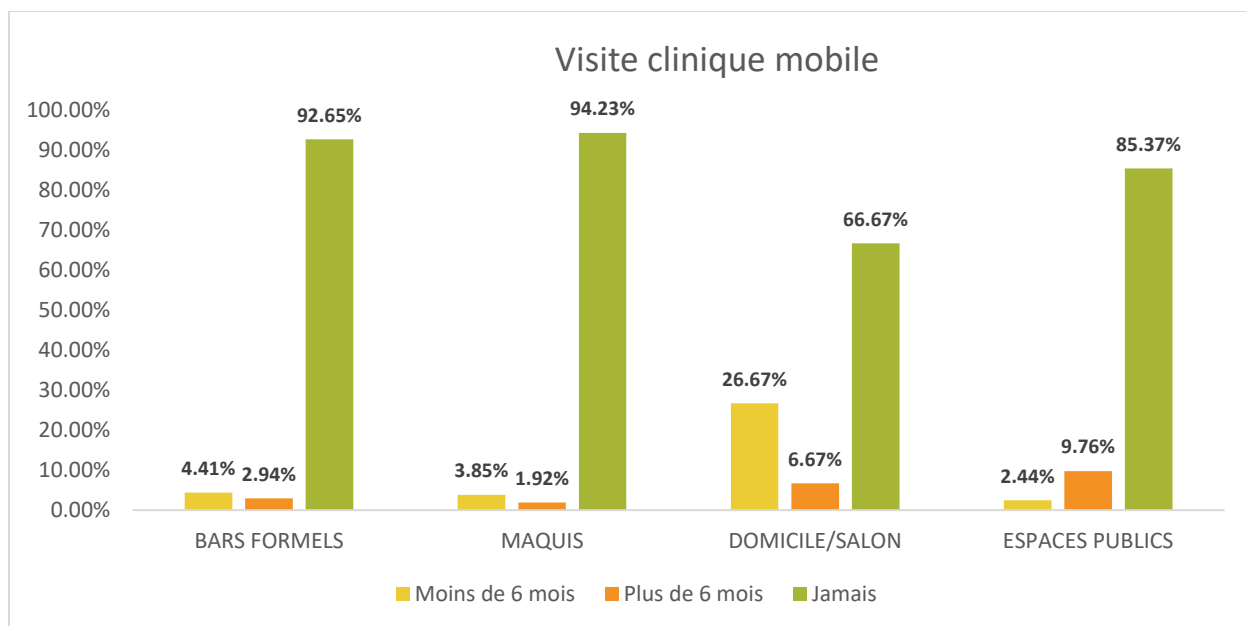


Figure 31. Evaluation de la couverture en clinique mobile sur les points chauds HSH selon type de site

RESULTATS DE LA PHASE 3

Effectifs enquêtés

365 HSH ont été interrogés lors de la visite des physiques et 261 autres ont été interviewés lors du sondage en ligne soit un effectif global de 626 HSH.

Lors de l'enquête en ligne, 88 HSH ont confirmé avoir participé à l'étude de la visite physique des sites. Par contre lors de la phase physique seuls 13 ont affirmé avoir participé à l'étude en ligne. Aussi, des ajustements ont dû être faits pour éliminer les doublons selon le type d'analyse en se basant sur les codes uniques utilisés.

Quand il y avait risque de doublon, les réponses des participants qui ont déclaré avoir pris part à l'autre phase n'ont pas été prises en compte. En somme, les effectifs suivants seront considérés selon le type d'analyse faite :

Tableau 11. Effectifs enquêtés au cours de la phase bio comportementale (formulaire C)

Analyse	Effectif recruté sur les sites physiques (points chauds)	Effectif recruté sur les réseaux sociaux	Effectif total
Caractérisation des sites physiques	365	-	365
Collecte biologique	365	-	365
Caractérisation des sites virtuels	-	261	261
Analyse des facteurs de risques comportementaux	352	173	525

Evaluation de l'accessibilité aux services de prévention, dépistage et prise en charge	352	173	525
---	-----	-----	-----

Profil des enquêtés

Age des participants

Les plus âgés de notre effectif ont 49 ans et les moins âgés 18 ans. L'âge moyen des participants à l'étude est 25 ans et 80% ont moins de 30 ans dont 53,9% ont entre 18 et 24 ans.

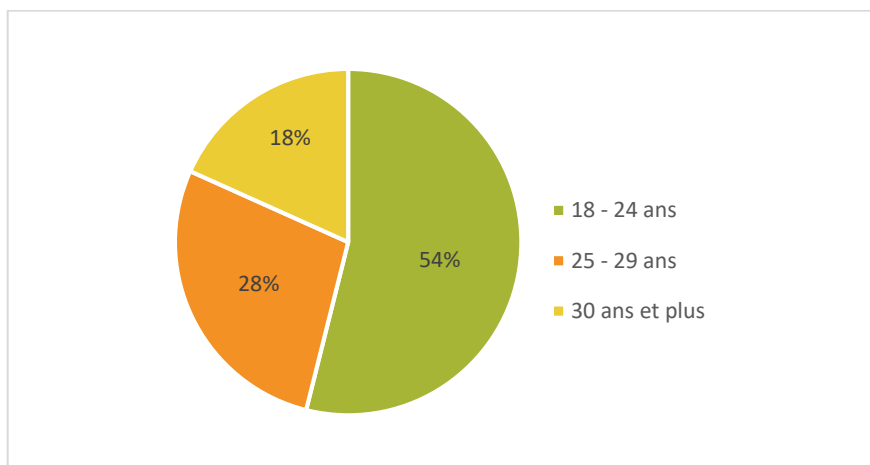


Figure 32. Répartition des HSH selon l'âge

Niveau d'étude

A la question "Avez-vous terminé le cycle secondaire ?", 51,43% des enquêtés ont répondu oui. Ainsi, un peu moins de la moitié des HSH ont un niveau d'éducation inférieur au cycle secondaire.

Identité de genre

La plupart des HSH interrogés se considèrent comme des hommes (70%). Seulement 21% se considèrent comme « femmes ».

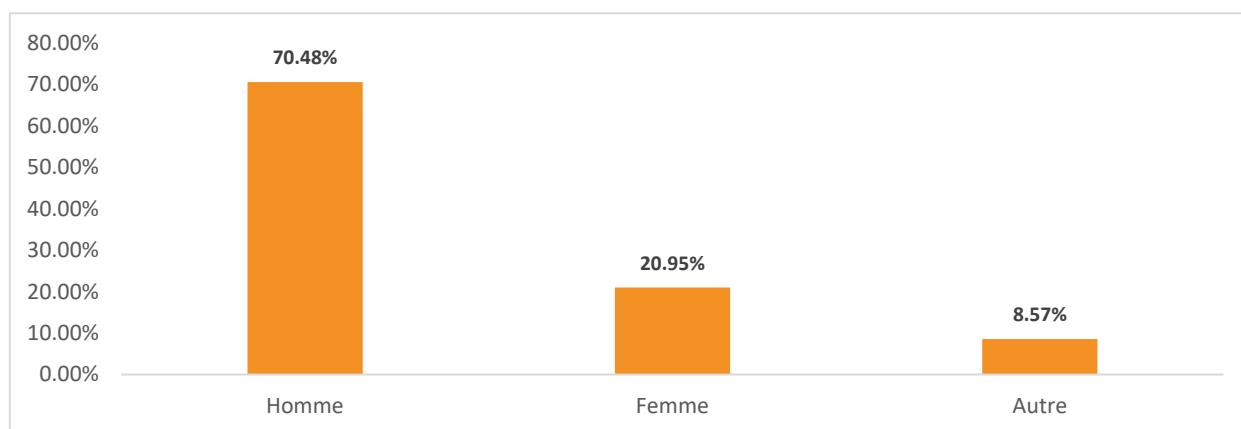


Figure 33. Répartition des HSH selon leur identité de genre

Orientation sexuelle des HSH

La majorité des HSH interrogés sont homosexuels (61,24%) et 36,55% se déclarent bisexuels.

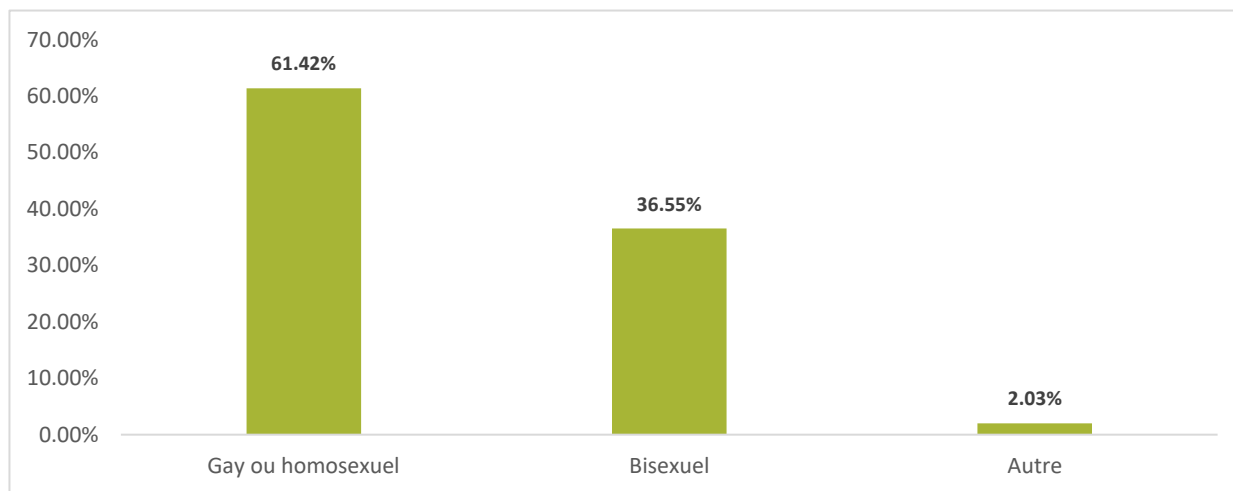


Figure 34. Répartition des HSH selon leur identité de genre

Raisons et fréquence de fréquentation des sites

Sites physiques ou points chauds

Raisons d'utilisation des réseaux sociaux

La plupart des HSH rencontrés au niveau des points chauds affirment que leur fréquentation des sites est liée juste à la socialisation. Ainsi, 92,60% déclarent fréquenter les sites physiques pour socialiser. Seuls 10,41% ont pour objectif de trouver des partenaires sexuels au niveau de ces points chauds.

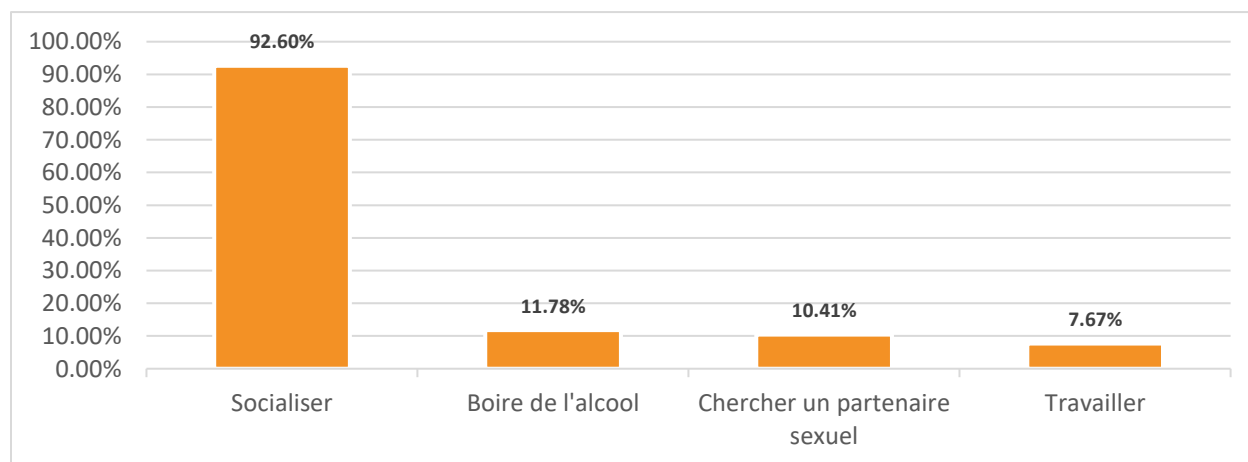


Figure 35. Raisons de fréquentation des points chauds par les HSH

Par ailleurs 48% des HSH déclarent avoir rencontré un partenaire sexuel sur les points chaud fréquentés au cours des 12 derniers mois.

Fréquence d'utilisation des sites

En dehors de ceux qui habitent les sites, 18,09% des usagers ont été sur les différents points chauds au moins de 4 fois au cours des 4 dernières semaines. Pour une proportion importante de HSH (30,14%), il s'agissait de la première visite, ce qui traduit bien le caractère mobile de la cible.

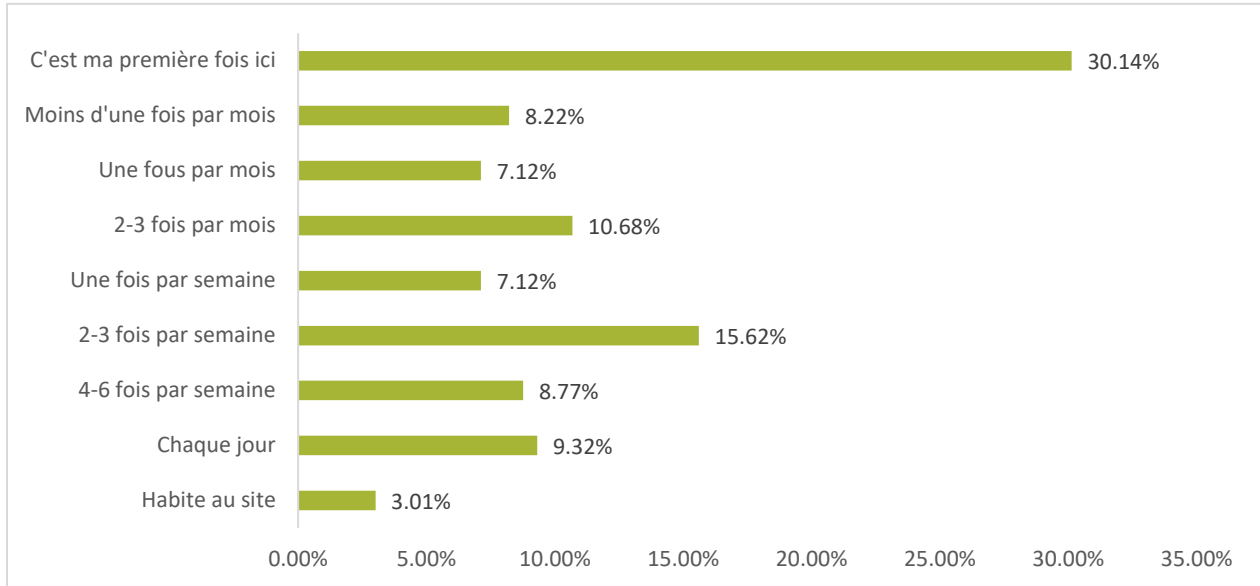


Figure 36. Fréquence d'utilisation des points chauds par les HSH

Caractérisation et utilisation des sites de rencontre virtuelle

Sites de recrutement des HSH enquêtés

Le sondage en ligne a permis d'interviewer 261 HSH au niveau de la ville d'Abidjan. Ils ont été recrutés sur les sites internet et autres réseaux sociaux (applications mobiles) par leurs pairs afin de participer à l'étude. Un peu plus d'une dizaine de sites et applications ont été visités par les pairs pour le recrutement des HSH. Il s'agit de groupes HSH ou mixtes auxquels ils appartiennent qui peuvent être classés de la sorte :

Tableau 12. Répartition de l'effectif enquêté au cours du sondage en ligne selon le site de recrutement

SITES ET APPLICATIONS	EFFECTIS HSH	PROPORTION
FACEBOOK	80	30,65%
PLANET ROMEO	78	29,89%
GRINDR	46	17,62%
WHATSAP	40	15,33%
IMO	11	4,21%
AUTRES	6	2,30%
TOTAL	261	100%

Sites préférés

57% des HSH interrogés en ligne déclarent ne fréquenter que les sites virtuels.

Les données du sondage en ligne montrent que les HSH utilisent beaucoup les réseaux sociaux pour s'exprimer. «Facebook» qui est un réseau mixte de socialisation, apparaît comme le réseau social privilégié ; 81,61% de l'effectif recruté est inscrit sur Facebook.

«Planet Roméo» site dédié aux HSH est le deuxième site préféré par les HSH (60,54%). Ce site est suivi par l'application «Grindr» qui est utilisée par 18% des HSH.

L'application mobile Whatsapp arrive également en bonne position. Via cette application, les HSH échangent au sein de groupe virtuels selon leur réseau, la préparation d'un événement etc.

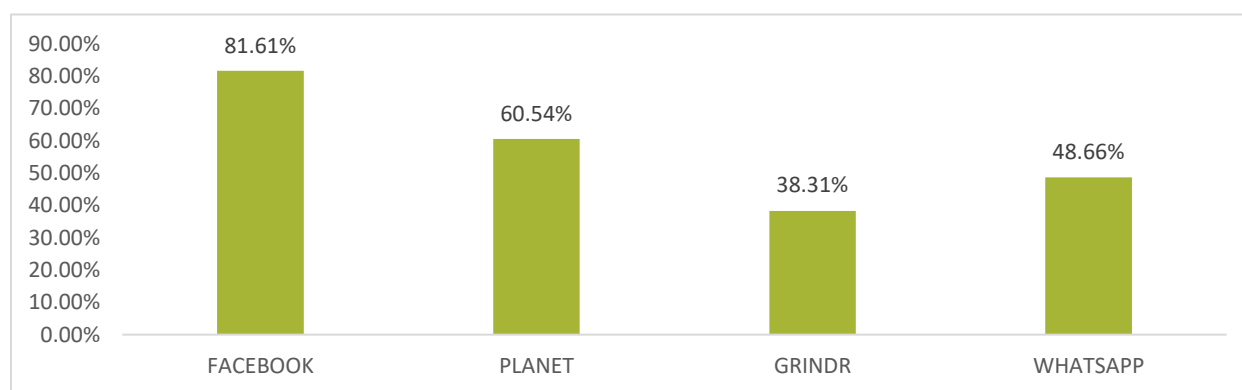


Figure 37. Préférence des réseaux sociaux (sites virtuels) par les HSH

Fréquence d'utilisation des sites virtuels

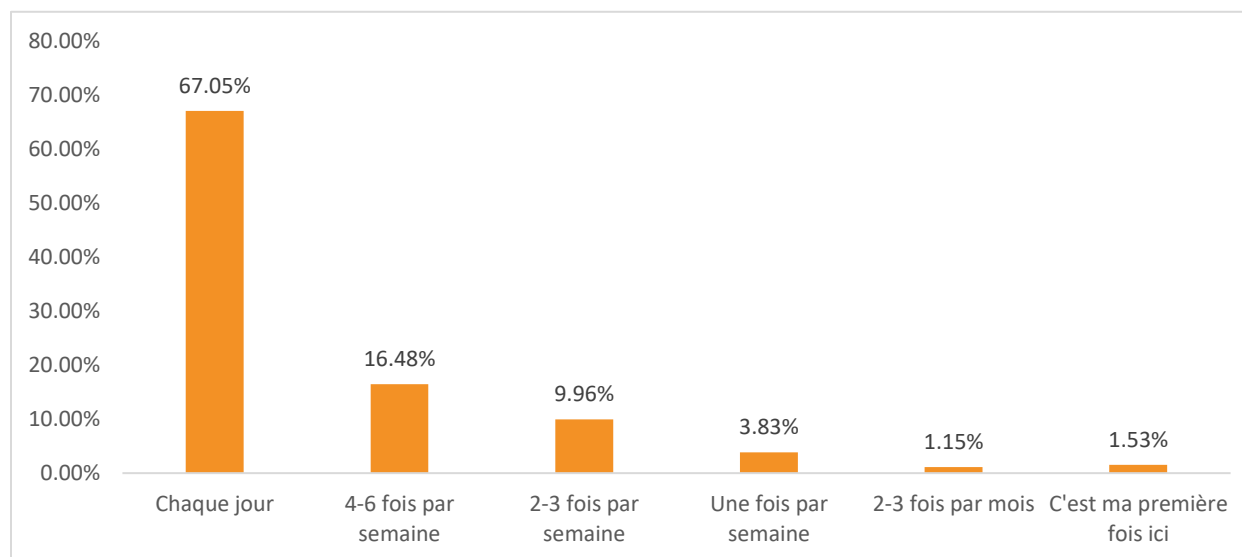


Figure 38. Fréquence d'utilisation des sites virtuels par les HSH

Raisons d'utilisation des réseaux sociaux

L'analyse des données indique que même si plus de la moitié des HSH (67%) déclarent se connecter pour socialiser, plus de 9 HSH sur 10 (97%) visitent les sites virtuels à la recherche de partenaire sexuel.

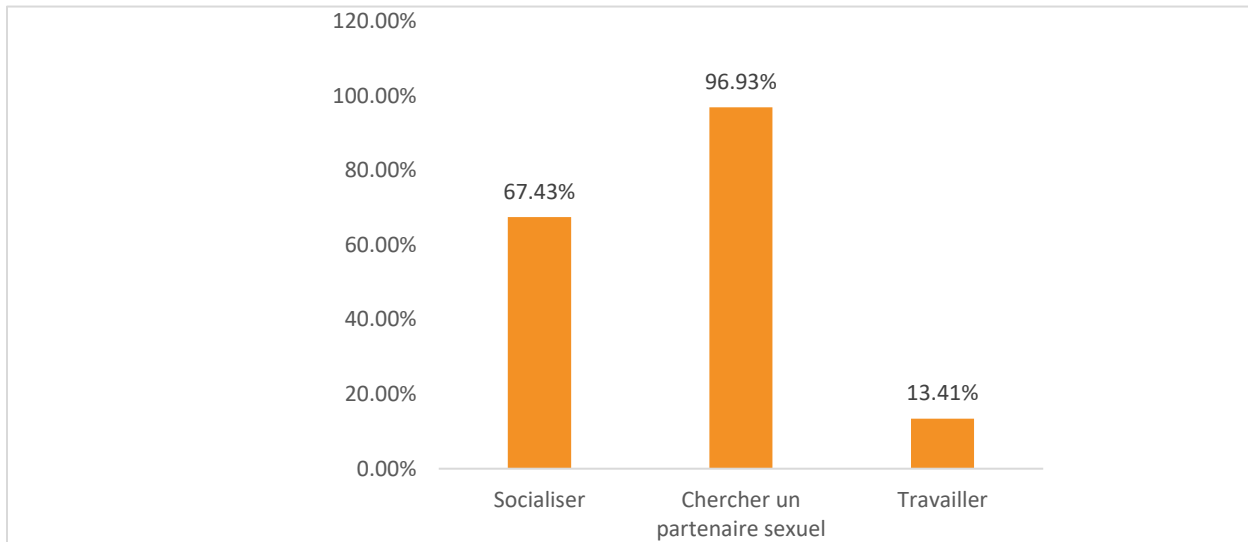


Figure 39. Raisons d'utilisation des sites virtuels par les HSH

Par ailleurs, à la question : " Avez-vous rencontré un partenaire sexuel sur le site au cours des 12 derniers mois ?", 89% des HSH déclarent oui !

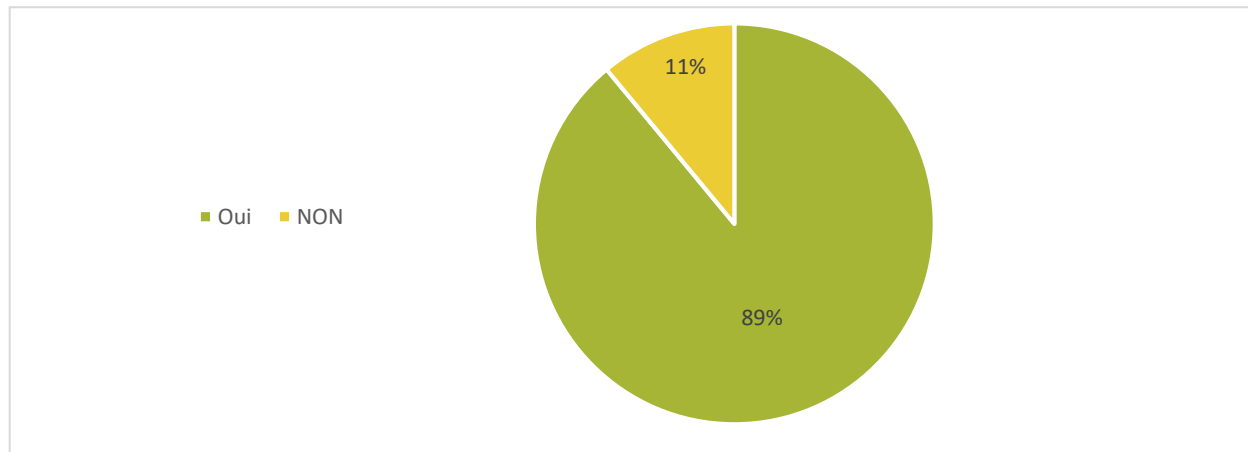


Figure 40. Rencontre d'un partenaire sexuel au niveau des sites virtuels au cours des 12 derniers mois

Information sur la sensibilisation aux VIH et IST sur les sites virtuels

Comme sur les sites physiques, il a été demandé aux utilisateurs des sites virtuels si certaines informations sur la sensibilisation aux VIH et IST étaient disponibles sur les sites visités et à quelle période.

Evaluation par type d'activité

Au cours des 6 derniers mois, la couverture des sites virtuels en information reste faible variant entre 15% et 30%. Les conseils des EP sur le VIH et IST restent l'information la plus disponible au cours des 6 derniers mois sur l'ensemble des sites.

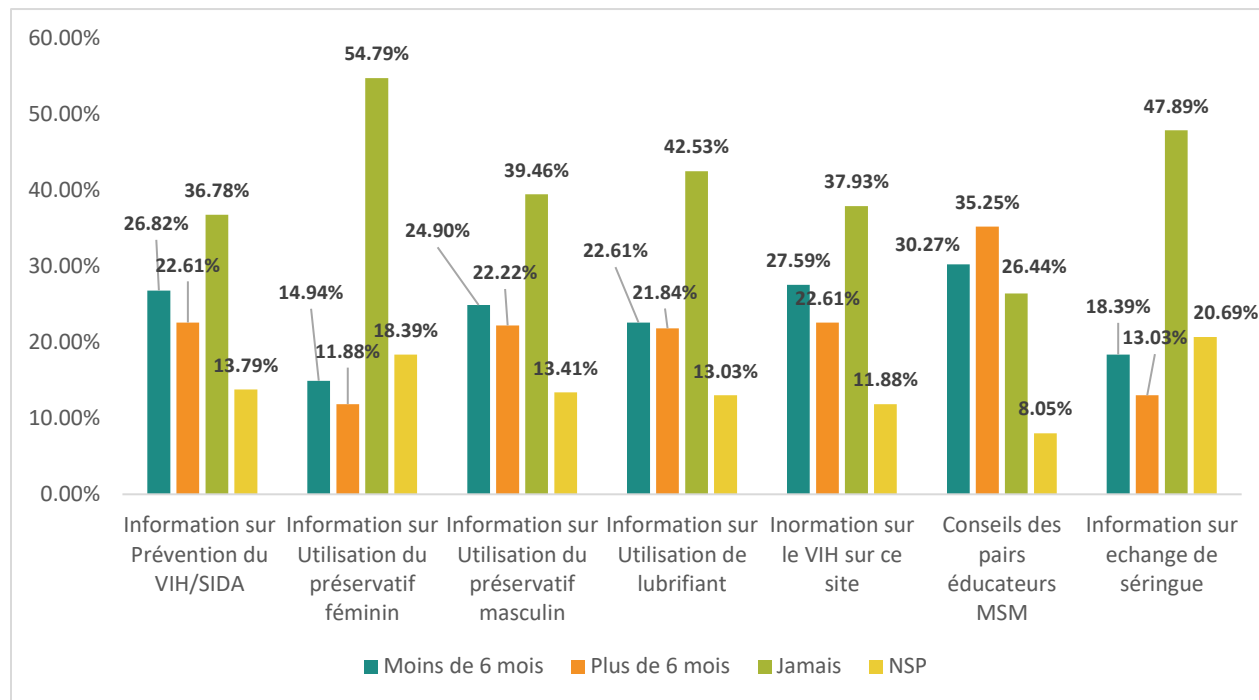


Figure 41. Information sur la sensibilisation aux VIH et IST sur les sites virtuels

Information sur la prévention du VIH/Sida

Un peu plus d'un HSH sur 4 (27%) ont déclaré que les informations sur la prévention du VIH ont été disponibles sur les sites, au cours des 6 derniers mois. Selon 37% des HSH cette information n'a jamais été disponible sur un site.

Information sur l'utilisation du préservatif masculin

Alors que 47% des HSH interviewés affirment l'existence d'informations sur l'utilisation du préservatif masculin dont 23% estimant ces informations à moins de 6 mois, 39% par contre déclarent n'avoir jamais eu accès à ce type d'information

Informations sur l'utilisation de lubrifiant

Comme pour les sites physiques où la distribution des lubrifiants n'apparaît pas comme une activité routinière, 43% des HSH rencontrés en ligne ont déclaré n'avoir jamais eu d'informations sur l'utilisation de lubrifiant sur les différents sites virtuels qu'ils parcourent. 23% estiment que l'information sur l'utilisation de lubrifiant a été disponible au cours des 6 derniers mois et selon 22%, l'existence d'informations sur l'utilisation de lubrifiant date de plus de 6 mois.

Informations sur le VIH

La moitié des HSH confirme la disponibilité d'informations sur le VIH sur les sites virtuels dont 27,59% ont estimé l'existence de ces informations au cours des 6 derniers mois. Pour 38% des HSH en ligne, il n'y a jamais eu des informations sur le VIH

Conseil des EP sur les sites virtuels

Les conseils des EP sur les sites sont fréquents, selon les HSH. En effet, près de 2 HSH sur 3 (65,52%) ont déclaré la disponibilité de conseil des EP sur le site dont 30,27% ont estimé la disponibilité de ces conseils au cours des 6 derniers mois et pour 35,25% ces conseils datent de plus de 6 mois. Selon environ un HSH sur quatre (26,44%), il n'y a jamais eu de conseils des EP sur les sites.

Information sur échange de seringue

Les informations sur les échanges de seringue sont des informations rares selon les HSH interviewés en ligne. En effet, pendant que près de la moitié (48%) déclare que ces informations n'ont jamais existés sur les sites, 18% affirment la disponibilité de ces informations au cours des 6 derniers mois et 13,03% situent la disponibilité de ces informations à plus de 6 mois.

Evaluation par type de site

Dans l'ensemble, « Facebook » affiche de meilleures couvertures en information sur les activités de prévention du VIH contrairement au site dédié aux HSH (Planet Roméo) où l'exposition à l'information sur les activités de prévention reste faible.

Information sur la prévention du VIH/Sida.

L'information sur la prévention du VIH, au cours des 6 derniers mois semble plus fréquente sur le réseau social « Facebook » (45%). La moitié des utilisateurs de « Grindr » estime, par contre que l'information n'a jamais été disponible sur le site. Seulement 16,67% des utilisateurs du site dédié aux HSH (Planet Roméo) ont confirmé la disponibilité d'informations sur le VIH au cours des 6 derniers mois alors que pour 46,15% des HSH de ce site, ce type d'information n'a jamais existé.

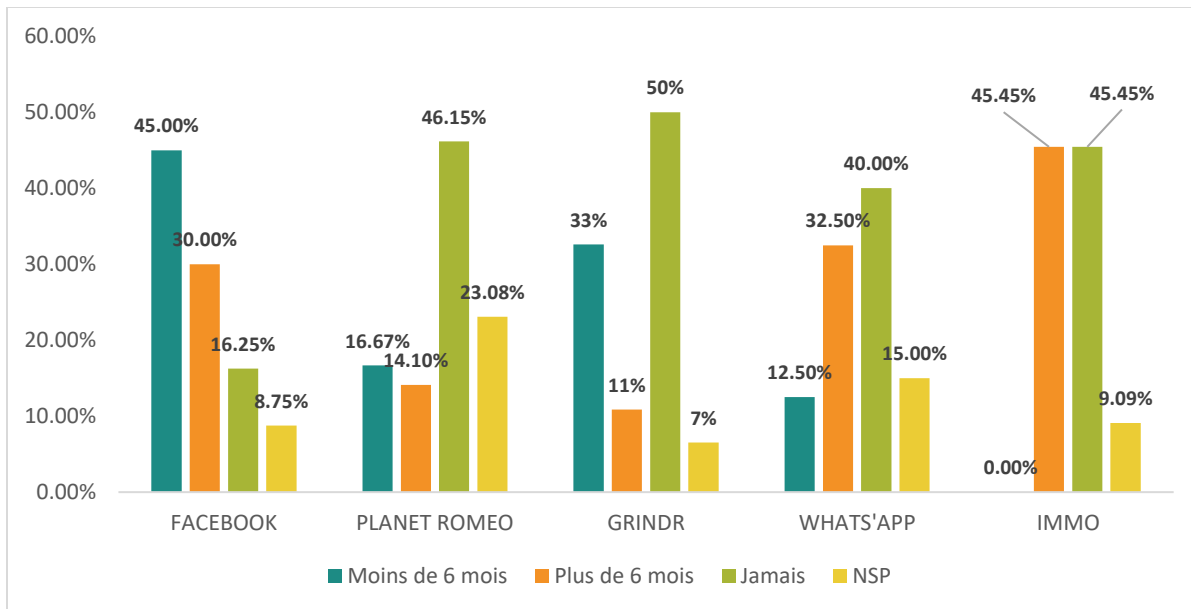


Figure 42. Information sur la prévention du VIH sur les sites virtuels

Information sur l'utilisation du préservatif masculin

« Immo » apparaît comme le site où l'information sur l'utilisation du préservatif masculin a été la plus disponible (45,45%), cependant cette information date de plus de 6 mois. Au cours des 6 derniers mois, 37,5% des utilisateurs de « Facebook » ont confirmé l'existence d'informations sur l'utilisation des préservatifs contre seulement 15,38% des utilisateurs de « Planet Roméo ».

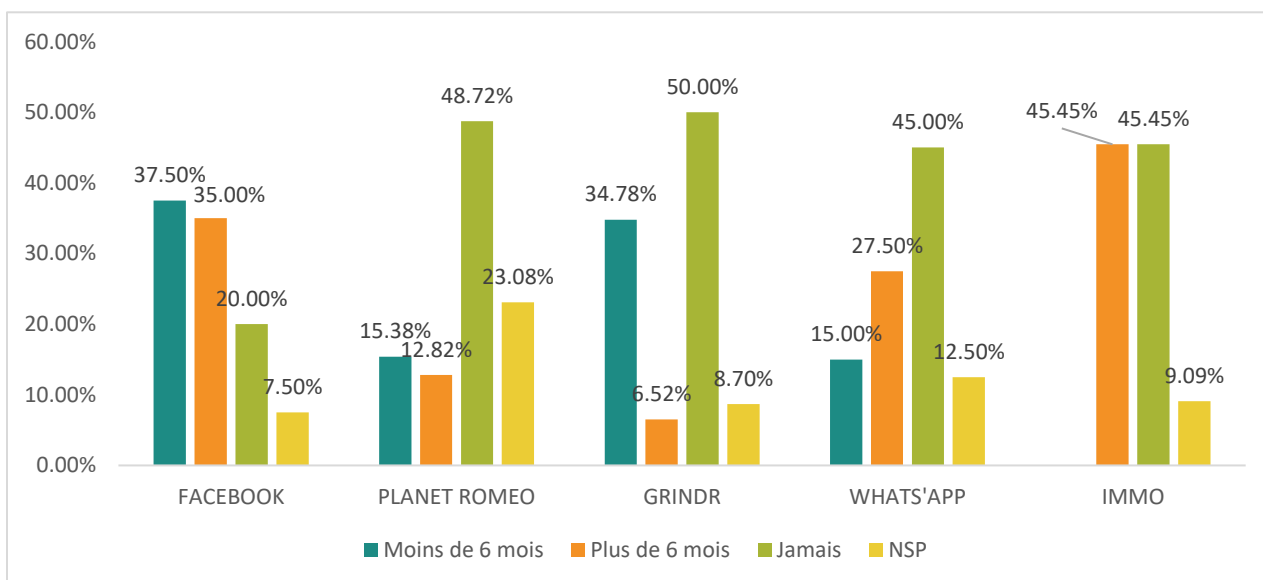


Figure 43. Information sur la prévention du VIH sur les sites virtuels

Informations sur l'utilisation de lubrifiants

Comme les informations sur les activités précédentes de prévention, l'information sur l'utilisation des lubrifiants n'a jamais été disponible sur les différents sites pour près de la moitié des utilisateurs de site. Selon 51,28% des utilisateurs de « plante roméo », il n'y a jamais eu d'information sur l'utilisation du préservatif sur leur site. Par contre plus de 2/3 des HSH en ligne ont affirmé la disponibilité de l'information sur l'utilisation des lubrifiants sur le réseau « Facebook » dont 37,5% estime cette disponibilité d'information au cours des 6 derniers mois

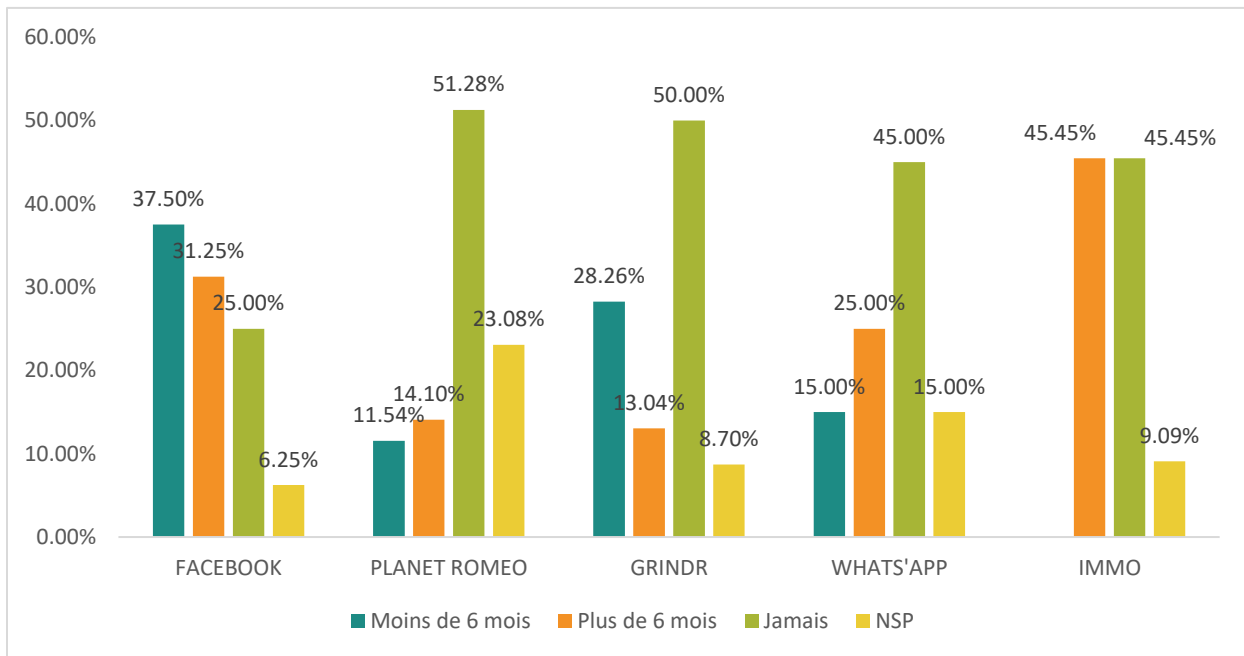


Figure 44. Information sur la prévention du VIH sur les sites virtuels

Informations sur le VIH

Au cours de 6 derniers mois, près de la moitié des utilisateurs de « Facebook » (46,25%) ont affirmé la disponibilité d'information sur le VIH sur le site. 34,78% des utilisateurs de « Grindr » ont déclaré la disponibilité de l'information sur ce site même si pour 50% des utilisateurs de « Grindr », il n'y a jamais eu d'information sur le VIH. Pour 46,15% des utilisateurs de « Planet Roméo », cette information n'a jamais existé sur « Planet Roméo »

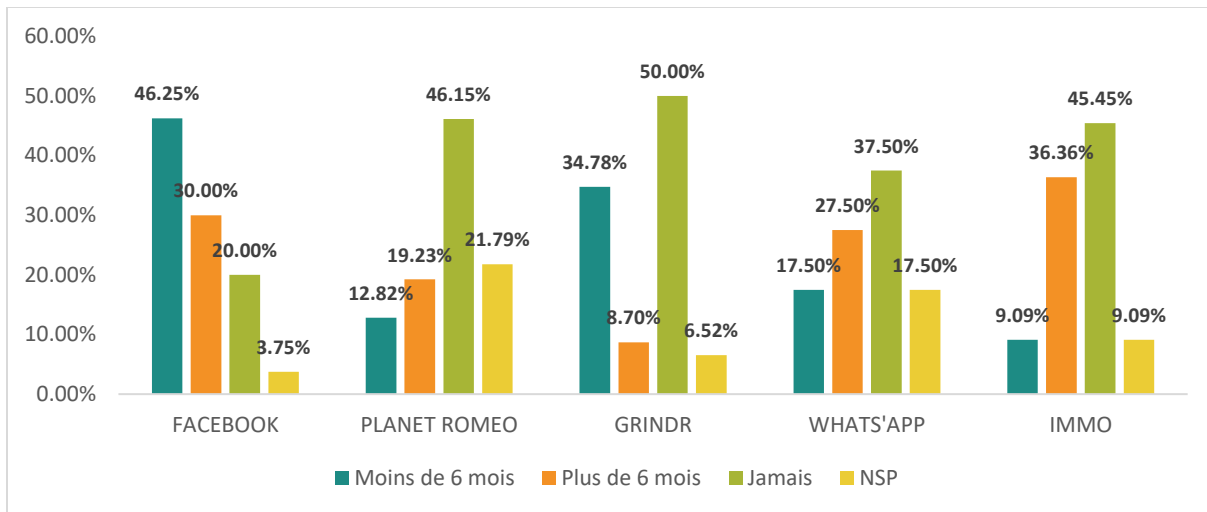


Figure 45. Information sur le VIH sur les sites virtuels

Conseil des EP sur les sites virtuels

Près de la moitié des HSH utilisateurs de « Facebook » (47,5%) ont affirmé l'existence de conseil des EP au cours de 6 derniers mois et 41,25% ont déclaré que ces conseils sur le réseau datent de plus de 6 mois. Près de la moitié des utilisateurs de « Immo » (45,45% et de « Grindr » (50%) affirme qu'il n'y a jamais eu de conseil de pairs sur ces sites. 62,82% des HSH sur « Planet Roméo » ont déclaré qu'il existe des conseils de EP sur le site mais pour la plupart d'entre eux (43,59%), ces conseils ont existé depuis plus de 6 mois et seulement 19,23% ont affirmé la disponibilité de ces conseils au cours des 6 derniers mois.

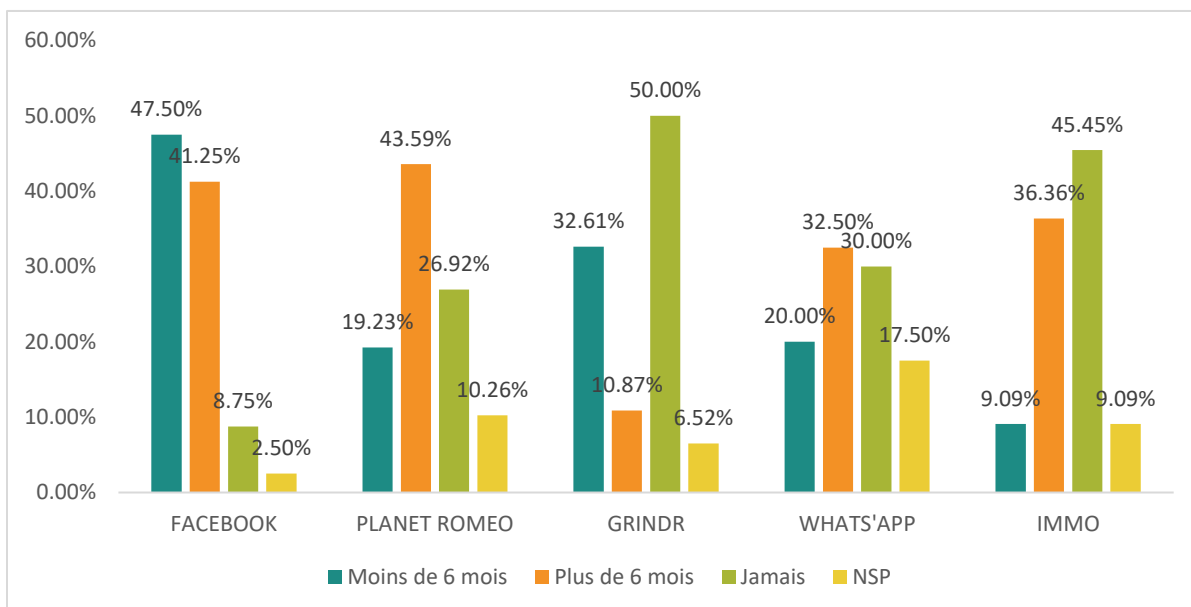


Figure 46. Conseil des EP sur le VIH sur les sites virtuels

Information sur échange de seringue

Cette information sur les différents sites apparaît comme la moins fréquente. En effet, au cours des 6 derniers mois, seulement 32,5% des utilisateurs de « Facebook » et 30,43% des utilisateurs de « Grindr » ont affirmé l'existence de cette information pendant que 72,73% des utilisateurs de « Immo » et 60,26% des utilisateurs du site gay « Planet Roméo » ont déclaré que cette information n'a jamais existé.

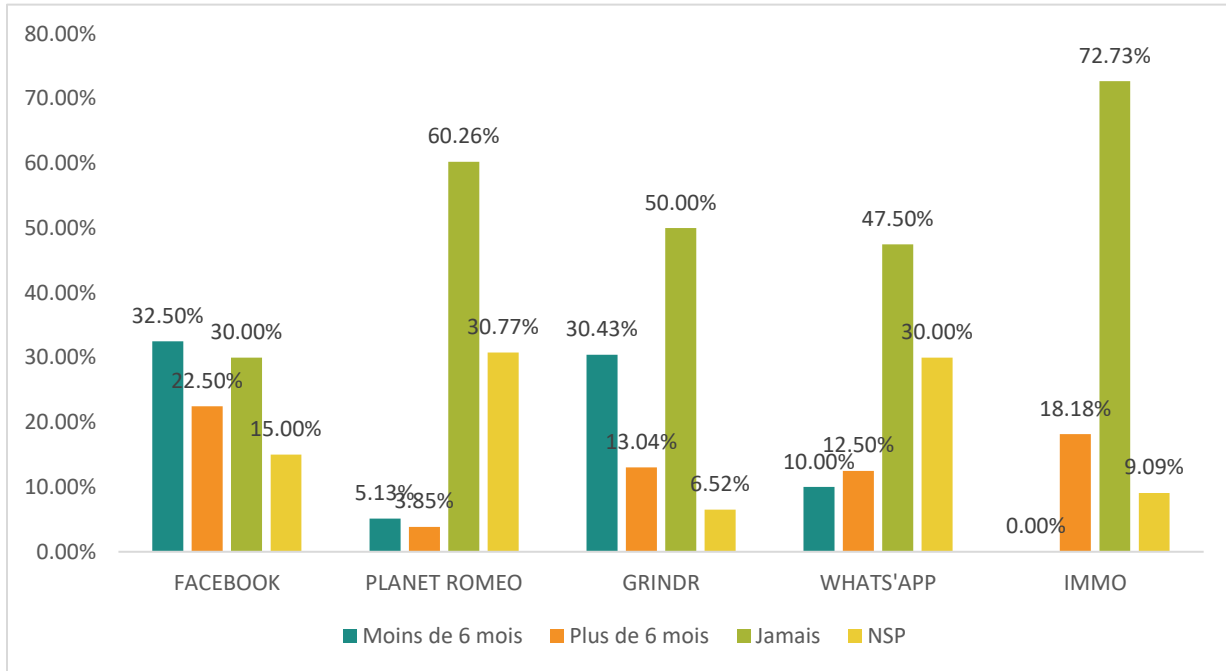


Figure 47. Information sur les échanges de seringue sur les sites virtuels

Résultats biologiques

Répartition de l'effectif dépisté par commune

Seuls les participants recrutés dans les sites physiques se sont vus proposer le test de dépistage. Il était d'ailleurs proposé de façon systématique à toutes les personnes de sexe masculin présentes au moment de la collecte biologique.

Au total, sur l'ensemble des 29 sites visités pour la phase de dépistage, 619 hommes ont été dépistés dont 365 HSH soit une proportion de 59%.

Tableau 13. Répartition de la population dépistée par commune de recrutement

COMMUNES	EFFECTIF	PROPORTION
ABOBO	97	27%
ADJAME	8	2%
ATTECOUBE	7	2%
COCODY	33	9%
MARCORY	34	9%
PORT-BOUET	65	18%
TREICHVILLE	34	9%
YOPOUGON	87	24%
ENSEMBLE	365	100%

Prévalence du VIH

A la suite du test qui leur a été proposé lors de la phase 3, il ressort de l'analyse des données **que 45 HSH, ont été testés positifs au VIH soit une prévalence de 12,33%**. Les anciens dépistés positif sont au nombre de 12 soit 26,67 % des dépistés positif.

Evaluation de la cascade au VIH chez les personnes séropositives

La charge virale a été recherchée chez 35/45 des HSH dépistés positif. Les charges virales n'ont pu en effet être mesurées pour les dépistés positifs de la phase pilote à Abobo pour qui malheureusement les échantillons de sang n'ont pu être acheminés à temps. L'anonymat des participants ayant été scrupuleusement respecté, les dépistés positif d'Abobo ont pu certes être référés vers un centre de santé pour une prise en charge médicale mais n'ont pu être rattrapés pour reprendre la charge virale.

Les valeurs obtenues peuvent être classées selon que la charge soit indétectable (inférieure ou égale à 40 copies/ml) ou détectable (supérieure à 40 copies/ml).

Parmi les dépistés positifs, plus de 80% des sujets dépistés positif avaient une charge virale détectable.

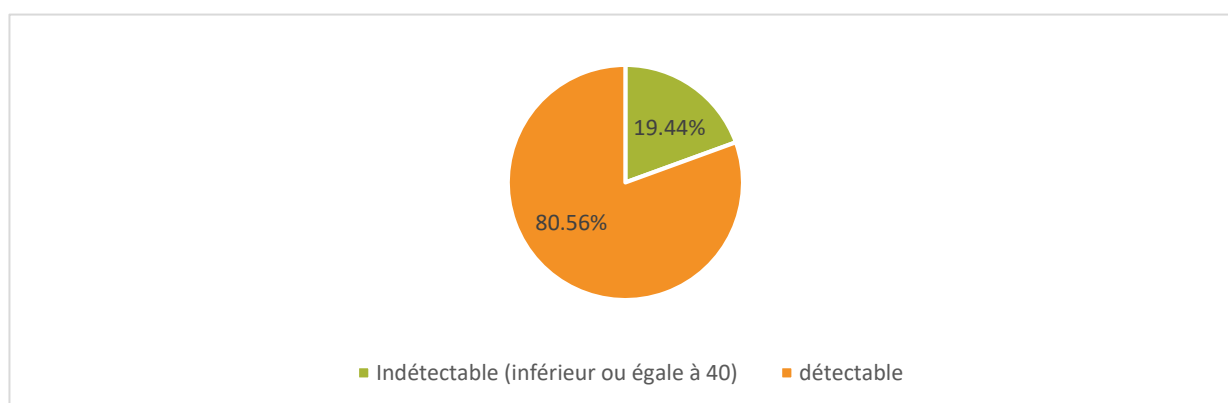


Figure 48. Répartition des dépistés positifs selon la charge virale

19,44% par contre avaient une charge virale inférieure ou égale à 40 copies/ml. On les a retrouvés dans les deux groupes : HSH ignorant leur statut et HSH connaissant leur statut.

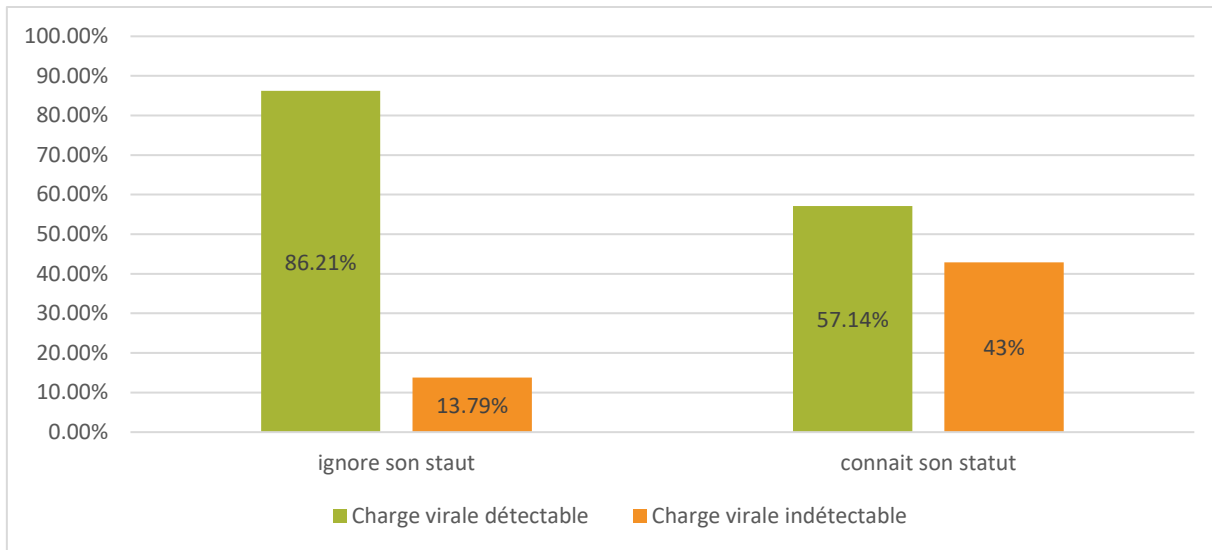


Figure 49. Niveau de la charge virale en fonction de la connaissance du statut

Sur les 7 HSH connaissant leur statut, 5 ont déclaré être sous traitement (71,43%). Parmi ceux-ci, 3 (60%) présentent une charge virale indétectable. Tous les autres HSH connus séropositifs et sans traitement ont des charges virales supérieures à 40 copies/ml.

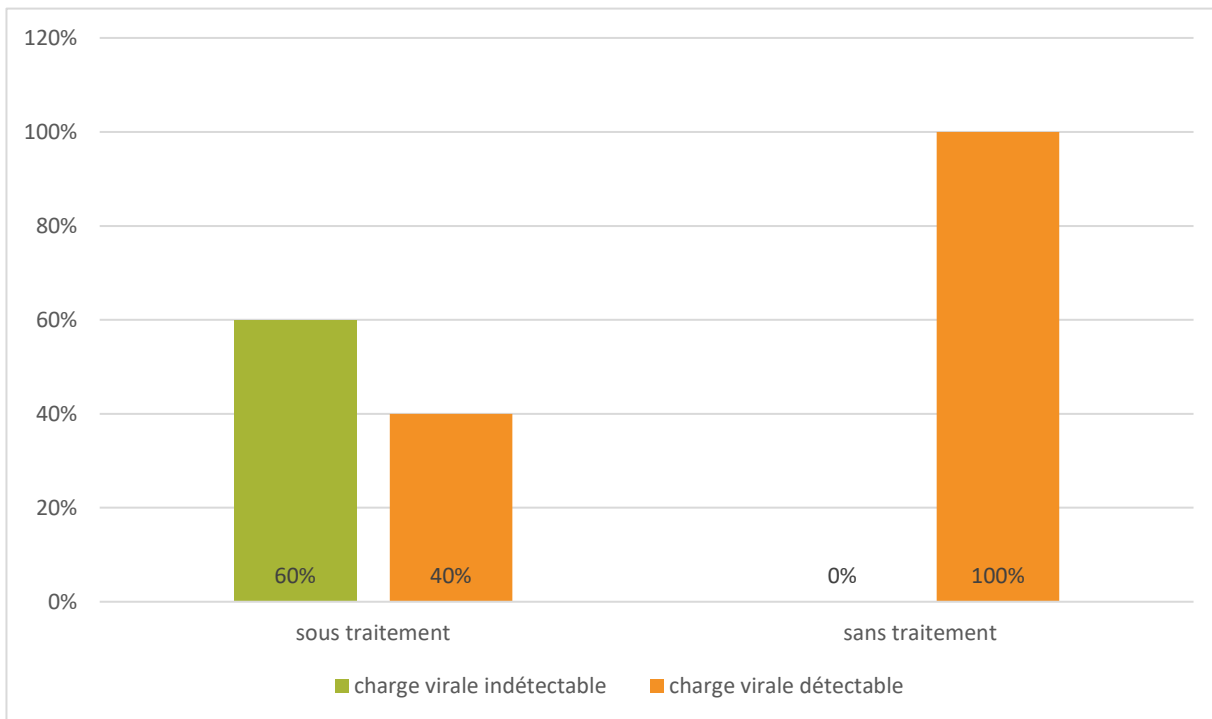


Figure 50. Niveau de la charge virale chez les HSH PVVIH connus en fonction de la mise sous traitement ou non

Le tableau en annexe 8, présente les valeurs des charges virales à l'examen.

Evaluation des risques comportementaux

Connaissance de son statut au VIH

Il ressort qu'environ un quart (23,6%) de la population des HSH enquêtés, n'a jamais été dépistée au VIH. 76% ont déclaré connaître leur statut séronégatif et 3,6% des HSH ont révélé être séropositifs.

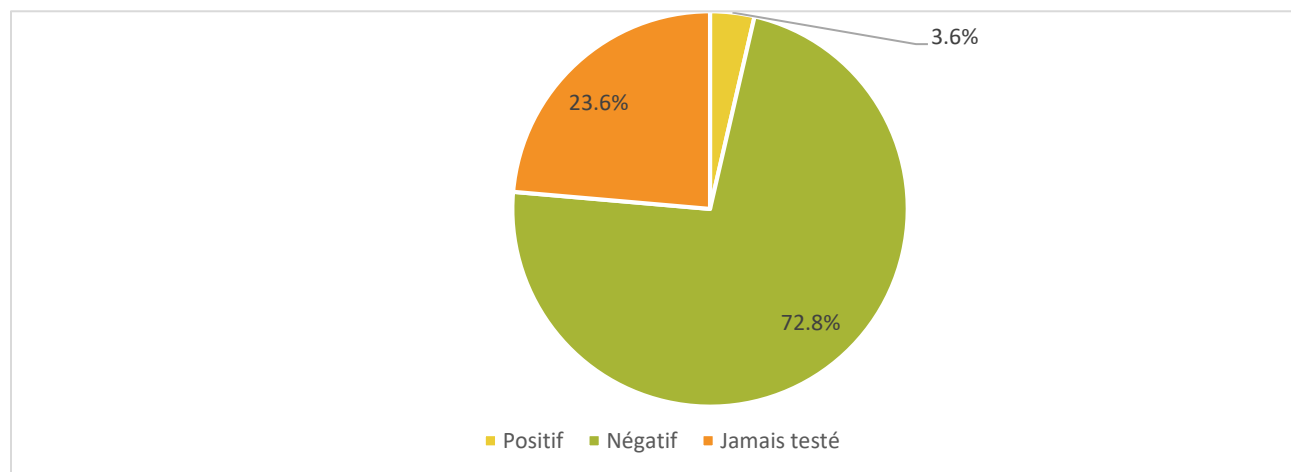


Figure 51. Connaissance du statut au VIH

Auto évaluation des risques de contamination au VIH

Seuls 18,46% des HSH déclarent ne courir aucun risque face au VIH et près de 41% des HSH enquêtés estiment que leur risque d'infection est faible. Seuls 14,25 % se disent être exposés à un risque élevé d'infection au VIH.

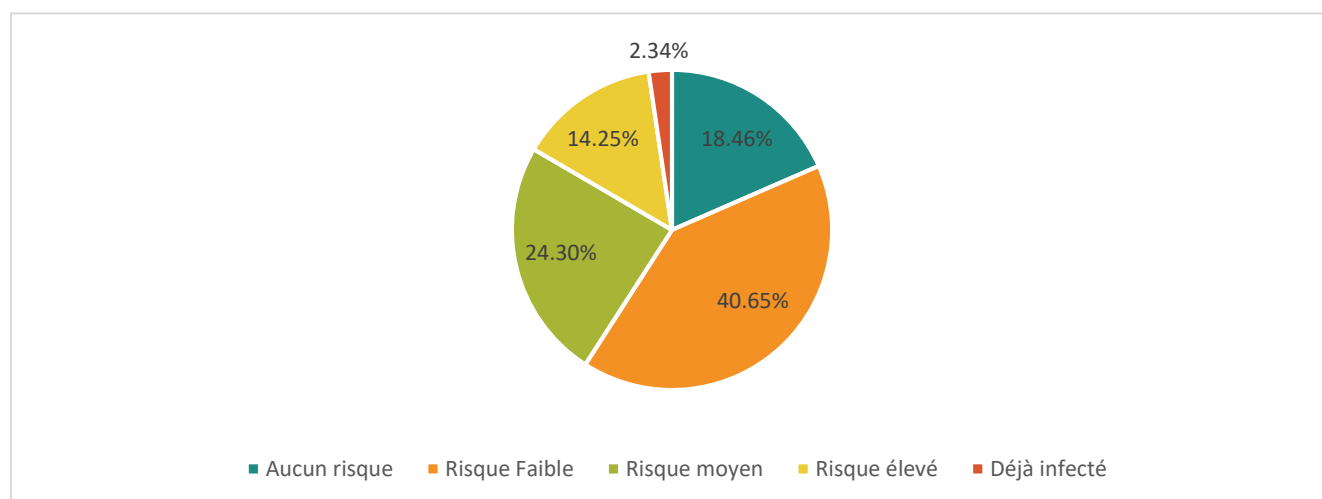


Figure 52. Autoévaluation des risques de contamination au VIH

Multipartenariat sexuel

La distribution de l'effectif en fonction du nombre moyen de partenaire sexuel au cours des 4 dernières semaines est ainsi présentée :

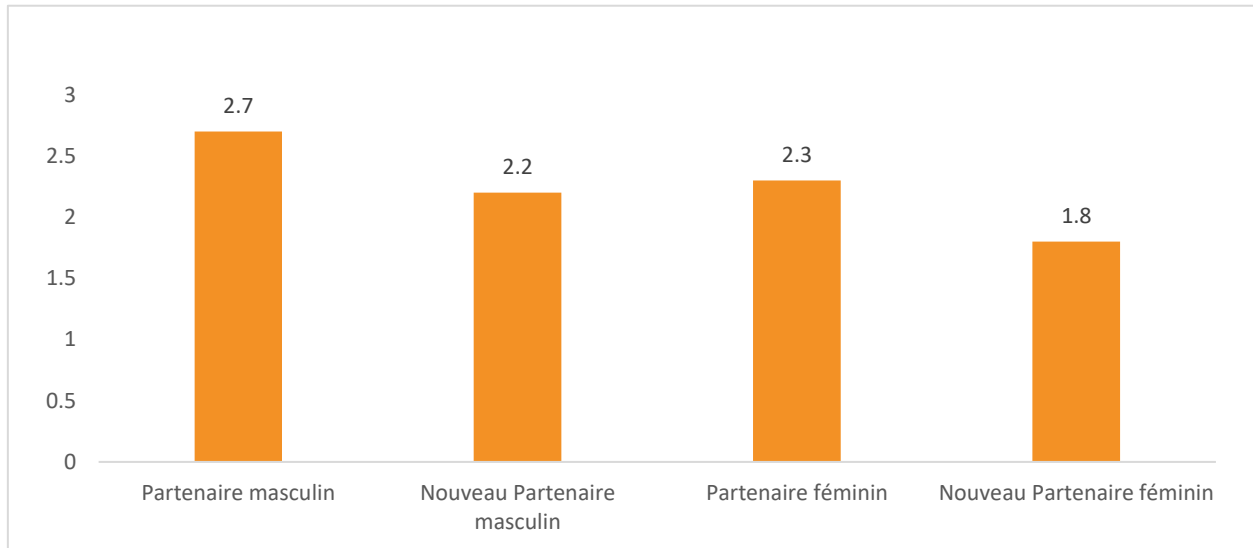


Figure 53. Distribution de l'effectif selon le nombre de partenaires (nouveau ou non) au cours des quatre dernières semaines

Les HSH qui ont eu des rapports sexuels avec des hommes au cours des 4 dernières semaines ont eu en moyenne 2,7 partenaires et en moyenne 2,2 nouveaux partenaires. Ceux qui ont eu des rapports sexuels avec des partenaires féminins ont eu en moyenne 2,3 partenaires de sexe féminin et 1,8 nouveaux partenaires sexuels féminin au cours des 4 dernières.

De plus, près de la moitié des HSH (49,33%) reconnaissent avoir des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel masculin au cours des 4 dernières semaines. Ce taux baisse à 25,90% quand on s'intéresse au multipartenariat sexuel avec des femmes. Parmi ces partenaires, près de deux sur trois était un nouveau partenaire sexuel quand on s'intéresse au sexe entre hommes et plus d'un était un nouveau partenaire quand on s'arrête sur le sexe avec des femmes.

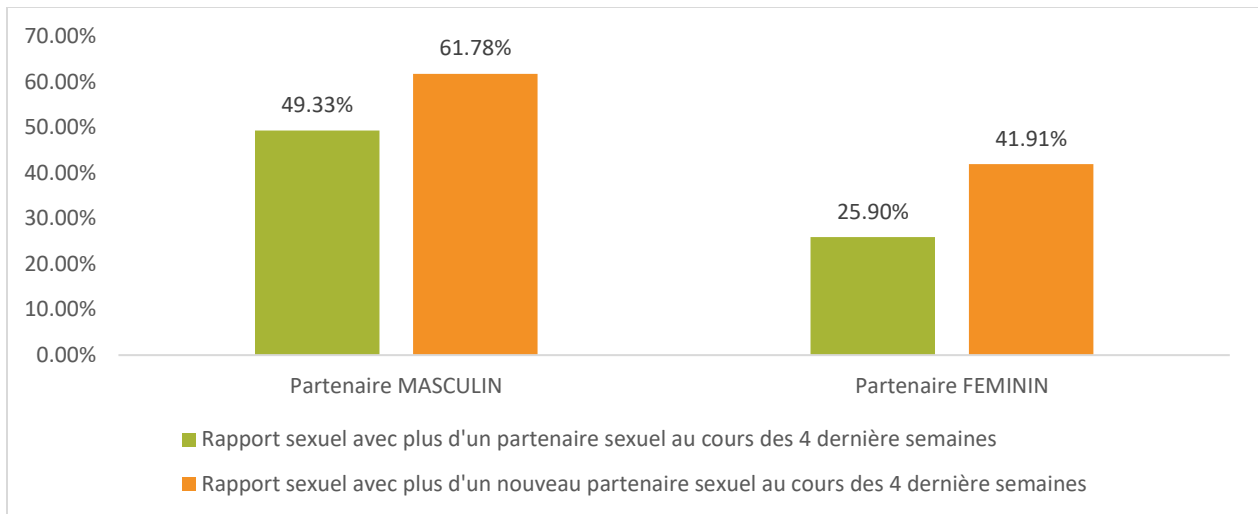


Figure 54. Distribution de l'effectif selon le nombre de partenaires (nouveau ou non) au cours des quatre dernières semaines

Utilisation du préservatif

L'utilisation des préservatifs ne semble pas systématique chez les HSH. En effet, près d'un HSH sur quatre (23%) a déclaré n'avoir pas utilisé un préservatif au cours de son dernier rapport sexuel avec un homme par contre, cette proportion tombe à 43%,05% quand il s'agit d'un partenaire féminin.

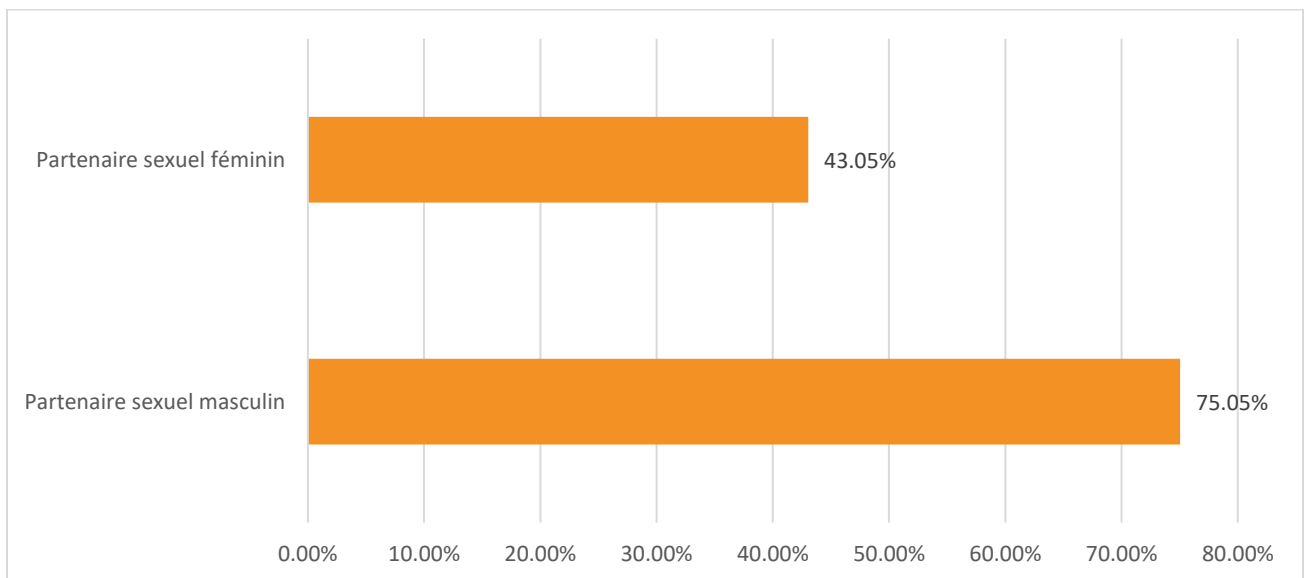


Figure 55. Utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un homme

Lorsqu'il leur a été demandé de décrire leur habitude d'utilisation du préservatif, 32% des HSH ont déclaré avoir toujours utilisé le préservatif au cours des 6 derniers mois. 35% utilisent le plus souvent alors 30% déclarent utiliser de façon occasionnelle et selon le partenaire. Pendant que 3% des HSH estiment qu'ils devraient utiliser le préservatif mais ne l'utilisent pas, moins de 1% affirme ne pas avoir l'intention d'utiliser le préservatif.

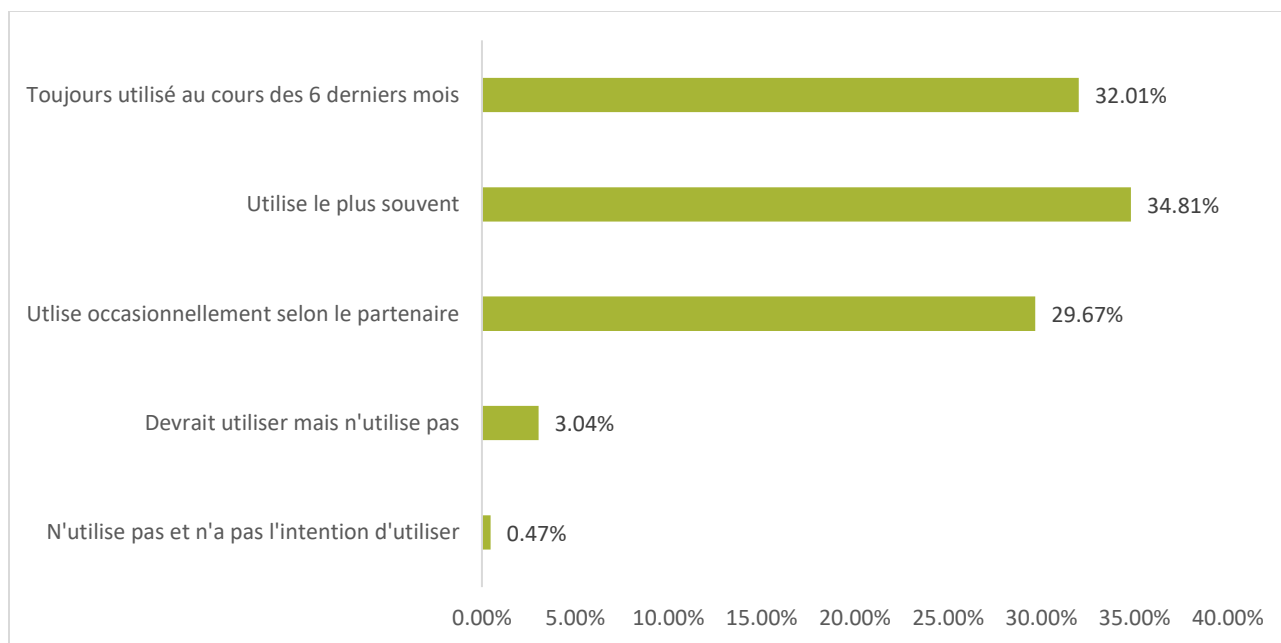


Figure 56. Fréquence d'utilisation du préservatif au cours 6 derniers mois

Travail du sexe

Seulement 11% des HSH se reconnaissent comme travailleur du sexe. Toutefois, on note que 27,43% ont déclaré avoir reçu de l'argent en échange de sexe au cours des 3 derniers mois.

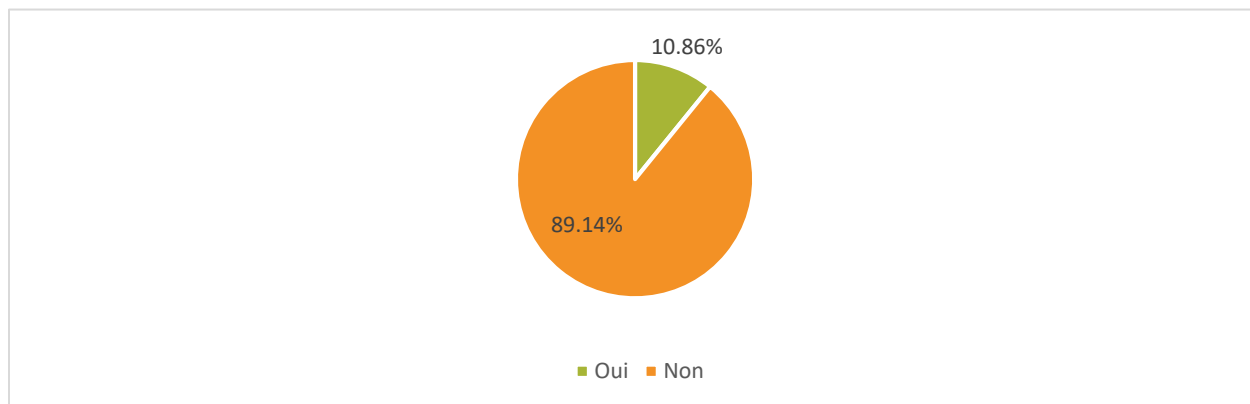


Figure 57. Répartition de l'effectif selon l'exercice du travail de sexe

Accessibilité aux programmes de prévention et d'offre de service de soins

Accessibilité au préservatif et au gel lubrifiant

L'accessibilité du préservatif et du gel lubrifiant ne semble pas toujours facile d'accès selon les HSH. Environ 84% des HSH estiment qu'il est aisé de disposer de préservatif. En effet, selon 28% des HSH il est très facile de s'en procurer et 56% déclare juste qu'il est facile. Par contre 16% estiment que l'accès au préservatif reste difficile pour eux.

La situation est encore plus préoccupante lorsqu'il s'agit de gel lubrifiant. Seulement 37% estime avoir une facilité d'accès au lubrifiant. Alors que 30% déclarent qu'il n'est pas facile pour eux de disposer de lubrifiant, 29% estiment que l'accès au lubrifiant est même très difficile.

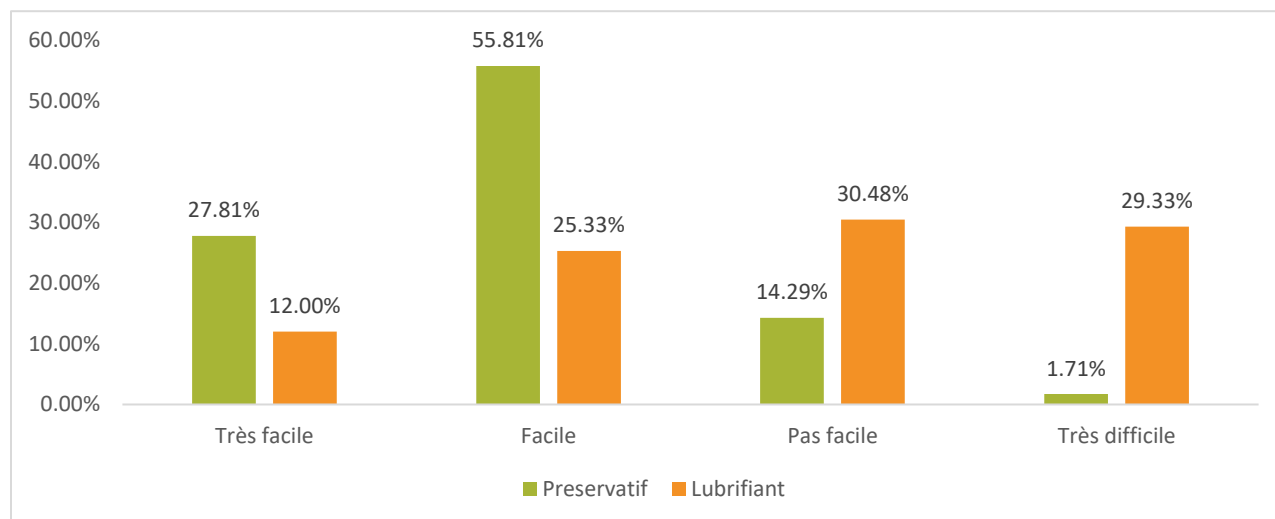


Figure 58. Evaluation de l'accessibilité aux préservatifs et au gel lubrifiant par les HSH

Recours aux soins en cas d'IST et raison de non utilisation des services de soins

28% des HSH enquêtés interviewés ont déclaré avoir manifesté au cours des 12 derniers mois des symptômes d'IST. Parmi eux seuls 60,81% ont eu recours aux soins.

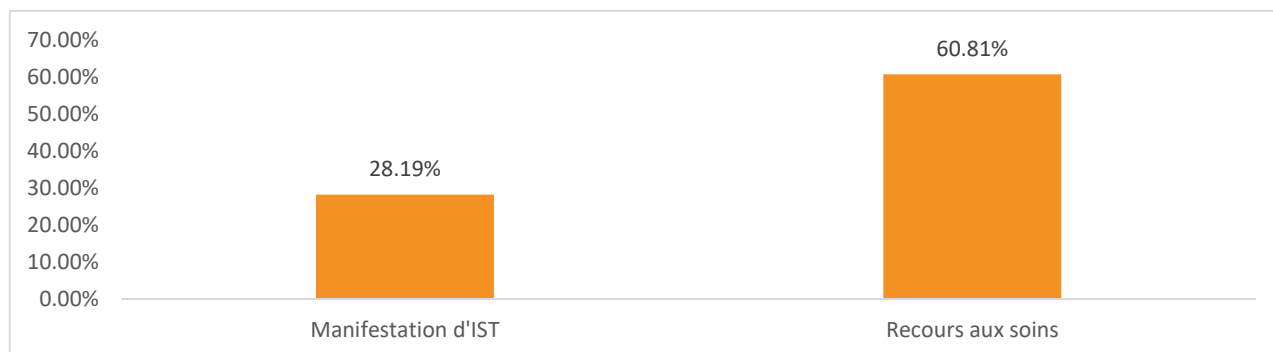


Figure 59. Evaluation du recours aux soins en cas d'IST

Le non recours aux soins pourrait trouver une explication dans le fait que 23% des HSH déclarent qu'ils ont déjà eu peur d'aller dans les services de santé parce qu'ils s'inquiètent que quelqu'un n'apprenne qu'ils ont des rapports sexuels avec des hommes. Cette même proportion (23%) a déclaré avoir déjà évité d'aller dans les services de santé pour les tests/traitements des IST ou du VIH parce qu'ils s'inquiètent également que quelqu'un puisse apprendre qu'ils ont des rapports sexuels avec des hommes. En outre, près d'un HSH sur 10 affirme s'être déjà senti mal reçu dans les services de santé parce que quelqu'un savait son orientation sexuelle.

ESTIMATION DE TAILLE DE LA POPULATION DES HSH A ABIDJAN

Les résultats se présentent ainsi selon les méthodes.

Tableau 14. Résultats obtenus selon les méthodes d'estimation de taille de la population de HSH à Abidjan

Méthode utilisée	Résultats
Objet unique	
Nombre d'objets uniques distribués	402
Nombre de participants à l'étude qui ont l'objet unique reçus	48
Taille de l'échantillon	365
Proportion de participants à l'étude ayant reçu l'objet unique	13,20%
Taille estimée	3057
Sondage en ligne	
Nombre de participants au sondage en ligne	261
Nombre de HSH enquêtés sur les sites physiques ayant déclaré avoir participé au sondage en ligne	13
Effectif de l'enquête sur sites physiques	268
Proportion de participants à l'étude ayant participé au sondage en ligne	5%
Taille estimée	5381
Service multiplicateur	
Nombre de participants à l'étude de Heartland Alliance	1076
Nombre de HSH enquêtés ayant participé à l'étude de Heartland Alliance	40
Effectif enquêté	525
Pourcentage de capture	3,7%
Taille estimée	14 123
This estimate is high, reflecting long time interval between surveys	
Weighted Number of MSM Participants in Survey	
Taille estimée	3,368
Saturday Night Size Estimate	
Adjusted for Sampling Probability but Limited to Number of MSM at Venues	5,000
Adjusted for all MSM in Abidjan	6,393
Venue based MSM population adjusted for visiting multiple sites and frequency of venue attendance in a month (Is not adjusted for internet only population)	6,182

CHAPITRE IV : DISCUSSIONS

De précédentes études ont permis de disposer de données éclairant sur les populations de HSH à Abidjan. L'analyse des données fournies par cette présente cartographie comparativement à celles déjà disponibles devrait permettre d'affiner la compréhension de constats traduisant pour certains les insuffisances des interventions mises en œuvres en direction de cette population cible.

L'approche choisie pour discuter des résultats de cette cartographie programmatique et estimation de la taille des HSH à Abidjan sera de faire la revue de ces résultats au regard des objectifs fixés.

IDENTIFICATION ET CARACTERISATION DES SITES OU LES HSH PEUVENT ETRE RENCONTRES OU TOUCHES A ABIDJAN

Concernant les sites physiques :

Alors que plus de 693 points chauds ont été pré-identifiés comme sites de fréquentation HSH, seuls physiques 216 ont été confirmés par les informateurs de sites comme lieu de la fréquentation des HSH. Les pertes étaient liées aux doublons (57), à la fermeture de sites retrouvés non fonctionnels (64) ou à des sites non retrouvés (112) ou encore à des autorisations non accordées par les gérants de sites (69). Ces dernier cas de figure sont à mettre en relation avec la crainte que crée la stigmatisation à l'endroit de la population HSH. SHARM a bien mis en évidence cette stigmatisation : Plus d'un tiers de la population (38,5% ; 95% IC : 32,4-43,6) aurait subi un harcèlement ou un abus lié au fait d'être HSH (SHARM). Les gérants de site ont donc soit peur de faire fuir les autres clients soit de mettre la sécurité des usagers HSH en danger.

Il faut noter que certain Informateurs de Site (IS) ne sont pas toujours informés du type de population fréquentant leurs sites à moins que le manager ou le propriétaire ne soit lui-même un membre de la population clé. D'ailleurs, il a été plus facile de convaincre les gérants de site de collaborer à l'étude lorsque les pairs éducateurs exerçant en tant que enquêteurs étaient connus par ceux-ci. Cela met en évidence l'importance du travail des pairs éducateurs.

La typologie des sites est diverse mais il ressort dans l'ensemble que dans la ville d'Abidjan les HSH préfèrent les bars formels. Ces endroits clos offrent plus de sécurité et d'intimité contrairement aux maquis et autres sites ouverts. Pour les travailleuses du sexe à Abidjan, les bars constituaient aussi les sites majoritaires : 34,90% des sites à Abidjan (Cartographie programmatique des sites de travail du sexe en Côte d'Ivoire 2016).

On retrouve toutefois des spécificités dans certaines communes comme Port-Bouet, Abobo et Adjamé où les domiciles sont en proportions supérieures à la moyenne. Les résultats font penser que les HSH choisissent tel ou tel type d'endroit selon l'environnement dans lequel ils évoluent. 76,79% des HSH déclaraient ainsi dans IBBS qu'ils disposaient des lieux de socialisation sûrs. Les domiciles dans ces communes pourraient être plus représentés parce que les HSH dans ces communes se sentiraient moins

en sécurité. Mais ces résultats sont difficilement confirmables. Aucune autre étude ne fait cas du niveau de stigmatisation ou de cas d'agression en fonction de la zone d'habitation.

Ces sites HSH sont en général des sites mixtes. En effet, on y retrouve d'autres types de populations clés (travailleuses du sexe sur 68% des sites, usagers de drogue sur 30% des sites et transgenres sur plus de 30% des sites). D'ailleurs les TS représentaient 25% des informateurs de site au cours de cette étude et inversement, les HSH et UD représentaient 0,23% des informateurs secondaires au niveau des TS (cartographie des sites TS en Côte d'Ivoire). Ces résultats sont en conformité avec les précédents relatifs à la prédominance des bars. En effet, vu que les bars et maquis demeurent les sites préférés des HSH et des TS (34,90% des sites TS sont des bars à Abidjan selon la cartographie programmatique des sites de travail du sexe en Côte d'Ivoire 2016). Par contre, il reste plus difficile à expliquer que l'on retrouve des travailleuses du sexe sur 19% des domiciles classés comme site HSH.

Les plus fortes affluences sont enregistrées les weekends, Pour ces trois jours, les moments les plus « chargés » se situent de 21h à 24h (71% à 68% des sites du vendredi au dimanche). De façon logique, en effet, le weekend apparait comme la période propice où les individus préfèrent sortir prendre du bon temps après une semaine de travail à Abidjan. Au cours des weekends, les points chauds enregistrent plus donc plus de monde que les jours ordinaires. La présence des HSH sur ces sites devrait donc suivre cette même tendance. Les TS déclaraient elles aussi que l'affluence moyenne au niveau des sites augmente à partir du vendredi (76,53%), atteint un pic le samedi (94,56%) pour redescendre le dimanche (57,21%). Les moments (heures) de forte fréquentation se superposent également à ceux des sites de travail du sexe à Abidjan : 21h à l'aube (47% des sites TS contre 68 à 71% des sites HSH) et de 17h à 21h (36% des sites TS contre 54 à 58% des sites HSH).

Lorsqu'on s'intéresse à la disponibilité des préservatifs sur ces sites HSH au cours des 6 derniers mois, on constate que les sites sont faiblement couverts : toujours disponibles sur moins d'un site sur quatre (23%) et près de la moitié des sites (49%) n'ont jamais de préservatifs disponibles. Ce qui est carrément à l'opposé des sites déclarés sites TS où la majorité des sites (68,40%) disposaient d'un point de vente selon les TS interrogés sur site. Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que les TS sont sur les sites d'abord pour rechercher des clients. Elles doivent alors sûrement avoir identifié un moyen de se procurer des préservatifs sur site. L'insuffisance de la disponibilité dans ce cas doit être relativisée et mise en lien avec les raisons de fréquentation des sites. Les HSH même s'ils peuvent rencontrer des partenaires sexuels dans les points chauds, viennent d'abord pour socialiser et ne sont pas prioritairement intéressés de savoir si le site fréquenté dispose d'un point de vente de préservatifs.

Concernant les sites de rencontre virtuelle,

Les HSH résidant à Abidjan utilisent majoritairement Facebook (81,61%) et Planet Roméo (60,54%) pour socialiser en ligne. Pour ce dernier site, antérieurement dénommé Gay Roméo, SHARM indiquait qu'il était le site le plus fréquenté par les HSH d'Abidjan (24,7%) devant d'autres sites exclusivement dédiés aux HSH comme Gay.com et Gaydar.co.uk. Cette préférence pour Facebook montre que les HSH ont maintenant plus de possibilités en ligne et n'ont plus besoin de se cantonner aux sites HSH exclusifs.

Les réseaux sociaux tels que Facebook leur permettent à présent d'interagir à la fois avec d'autres HSH et le reste de la population générale.

Il faut également souligner la place occupée par les applications mobiles telles que Whatsapp et Grindr (respectivement 48,66% et 38,31% de l'effectif) qui permettent d'interagir avec les personnes de son réseau. Ces applications, comme nous l'ont expliqué les Educateurs de Pairs, sont généralement utilisées pour l'organisation d'évènements ponctuels, pour échanger dans un forum de discussions. Elles sont en effet plus discrètes que Facebook pour socialiser entre pairs.

Comparé aux sites physiques, les HSH sur les sites virtuels sont plus fréquents : ils se connectent à 65% tous les jours. Sur les sites physiques par contre, 30,14% des HSH enquêtés (plus forte proportion) étaient à sa première visite, ce qui traduit bien la mobilité de la cible. Il est aussi peut être plus facile de se connecter que de se déplacer et de faire face à des frais de consommation quand on est sur un site commercial (maquis, bars etc.)

La fréquentation est aussi liée aux motivations.

Raisons de fréquentation des sites

Les résultats le montrent bien, les sites de socialisation des HSH à Abidjan, qu'ils soient des points chauds ou des sites virtuels servent bien à la rencontre de partenaires sexuels même si la plupart des HSH rencontrés au niveau des points chauds affirment que leur fréquentation des sites est liée surtout à des envies de socialisation (92,60%). La grande majorité des HSH fréquentant les sites virtuels avouent eux, rechercher en premier de nouveaux partenaires sexuels (97%).

L'étude IBBS avait permis d'interroger les HSH sur leur raisons et habitudes d'utilisation des réseaux sociaux sans toutefois les ressortir dans le rapport.

EVALUATION DE LA COUVERTURE EN SERVICES SUR LES SITES HSH

Sites physiques ou points chauds

Notre évaluation de la couverture des points chauds par les services de prévention ou de prise en charge et de dépistage montre que de façon générale peu d'activités de prévention ou de prise en charge ont été menées au cours des six derniers mois. Les taux de couverture vont de 5,37 à 24,54% au cours des six derniers mois selon le type d'activité. De façon globale, on peut dire que les sites HSH restent défavorisés par rapport aux sites TS. La cartographie des sites TS rapportait en effet que la grande majorité des sites TS (79,70%) recevaient par exemple des préservatifs de la part des équipes des ONG.

Toutefois, tout comme pour les sites TS, les bars climatisés et maquis (sites les plus fréquentés par les deux types de populations), ont moins accès aux services sur sites que les autres sites. Les écarts sont ainsi globalement en faveur des domiciles et salon de coiffure. Ces sites sont notamment ceux qui sont le plus visités par les EP ce qui peut laisser suggérer que les réseaux personnels sont privilégiés par les

EP au profit des espaces publics (bars, maquis, rue...) pour les interventions rentrant dans le cadre de leur paquet d'activités.

Sites virtuels

Alors que 14,5% des HSH disent disposer d'informations sur le VIH via internet au cours de SHARM, selon notre étude par contre, 27,59% des HSH ont déclaré disposer d'information sur le VIH au cours des 6 derniers mois et 22,61% ont affirmé les informations sur le VIH datent de plus de 6 mois. Les conseils des pairs éducateurs restent l'information la plus disponible sur les sites virtuels.

Une analyse selon le site fréquenté, indique la faible couverture du site « Planet Roméo » (qui est un site dédié aux HSH) en informations sur les activités de prévention contrairement au réseau social mixte « Facebook » qui affiche une meilleure couverture en information sur les activités de prévention.

57% des HSH interrogés en ligne déclarent ne fréquenter que les sites virtuels ce qui pose effectivement un problème de l'inaccessibilité à cette frange de la population HSH.

DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Age de la population HSH à Abidjan

La jeunesse de la population HSH est encore confirmée par cette étude. 54% ont entre 18 et 24 ans.

IBBS-HSH donnait également une moyenne d'âge des HSH est 24 ans. Les 20-24 ans constituaient la classe d'âge la plus fréquente. Pour SHARM ce même groupe d'âge représentait 59% de la population HSH enquêtée. IBBS 2014 ressortait également de son analyse qualitative que la population des participants était relativement jeune. L'âge des participants aux entrevues qualitatives était compris entre 20 et 54 ans, mais plus de la moitié d'entre eux ont entre 24 et 30 ans.

Niveau d'étude

Les résultats montrent que les HSH ont en majorité (51,43%) fini le cycle secondaire. SHARM a estimé la proportion de HSH de niveau secondaire à 39,4%. ET pour IBBS 2016 et 2014, la plupart des HSH ont également un niveau secondaire.

Identité de genre et orientation sexuelle

Les HSH Ils se déclarent de sexe masculin à majorité (70%) contre 21% qui se déclarent de sexe féminin. Ces résultats rejoignent ceux d'IBBS-2016 où à Abidjan, 60,28% des HSH se déclaraient de genre masculin et 32,57% de genre féminin.

Par contre, cette étude est en rupture par rapport à IBBS et SHARM où l'on a enregistré plus de bisexuels, respectivement 49,57% et 57,6%. Ici, 61,24% se disent homosexuels contre 36,55% qui se déclarent bisexuels. SHARM précisait que les principales causes pour lesquelles on retrouve de nombreux HSH bisexuels dans notre contexte, sont liées à une attirance sexuelle pour les femmes mais aussi à la volonté de respecter les conventions sociales et à cacher aux proches, l'orientation sexuelle en

entretenant des relations sexuelles ou amoureuses avec une femme. Les écarts observés peuvent être dus au fait que la collecte se soit passée sur site. En effet, les HSH au niveau des sites peuvent se sentir suffisamment en confiance pour affirmer leur homosexualité. On pourrait également mettre ces écarts sur le compte de l'amélioration de l'environnement. En effet, depuis 2015 notamment, de nombreuses initiatives sont menées pour lever les barrières et favoriser la situation concernant les droits humains en faveur des populations clés : plaidoyer, renforcement des capacités des HSH sur l'estime de soi et le leadership.

EVALUATION DE L'ACCESSIBILITE DES HSH AUX PRESERVATIFS ET GELS LUBRIFIANTS

Environ 84% des HSH estiment qu'il est aisé de disposer de préservatif contrairement aux gels lubrifiants. En effet, Seulement 37% estime avoir une facilité d'accès au lubrifiant. Selon les rapports d'IBBS et SHARM qui présentent des résultats similaires, les principales raisons de l'incapacité à se procurer des préservatifs sont la stigmatisation et l'insuffisance des points de vente ce qui est entre autres confirmé par les résultats de disponibilité de points de vente sur site. Par contre, pour le gel lubrifiant, on peut mettre ce gap sur le compte des ruptures de stocks fréquentes que subissent les programmes mis en œuvre. Il faut d'ailleurs souligner qu'il a été impossible de disposer de gel lubrifiant auprès des programmes en cours pour la distribution aux participants au cours de l'étude. Il a donc fallu acheter les gels pour nos participants.

FACTEURS DE RISQUES BIOCOMPORTEMENTAUX

Utilisation du préservatif,

Même si le préservatif est accepté par la majorité des HSH, il est aussi important de noter que le port du préservatif n'est pas systématique chez une bonne proportion de HSH. En effet, près d'un HSH sur quatre (23%) n'a pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel anal. La proportion de HSH ayant utilisé le préservatif au cours du dernier rapport sexuel est de 75%.

Multipartenariat sexuel

Une analyse plus poussée indique que seulement 32% des HSH ont toujours utilisé le préservatif au cours des 6 derniers mois alors qu'environ 30% l'ont utilisé occasionnellement selon le partenaire sexuel. Ce dernier résultat traduit le risque que prennent les HSH lors des rapports avec des partenaires non réguliers.

Travail du sexe

11% des HSH interviewés se sont déclarés travailleur du sexe. Cette proportion semble juste comparée à celle obtenue par IBBS 2016 avec 10,15% de HSH se déclarant travailleurs du sexe. Toutefois, cette proportion semble réduite si l'on considère les HSH qui ont reconnu avoir reçu de l'argent en échange de sexe au cours des 3 derniers mois (27,43% au cours des trois dernier mois).

Connaissance de son statut VIH

Selon SHARM, le test de dépistage est reconnu par les HSH comme étant une mesure de prévention. Ainsi, 46,9% des HSH testé au cours de cette étude l'avaient été un an ou plus avant leur enrôlement dans l'étude. IBBS 2016 rapportait quant à elle un taux de 56,07% à Abidjan contre 76,4% dans la présente étude, ce qui traduit les efforts fait en termes d'offre de service de dépistage et de sensibilisation auprès des HSH. Toutefois, trois obstacles majeurs au dépistage ont été identifiés par l'étude IBBS 2014 comme frein à la réalisation du test de dépistage: la crainte d'un résultat positif, la peur de la divulgation du résultat et la peur de la stigmatisation par les pairs.

Ces résultats sont tout de même inférieurs à ceux des travailleuses du sexe à Abidjan pour lesquelles une proportion plus grande (84,60 %) à Abidjan déclarait avoir déjà fait le dépistage du VIH (Cartographies des sites de travail de sexe en Côte d'Ivoire).

Recours aux soins en cas de symptômes d'IST

Le non recours aux soins est fréquent chez les HSH. En effet, le rapport de IBBS 2016 et SHARM indiquent que ces derniers ont aussi recours à l'automédication (19%) et même aux guérisseurs (5,3%). L'étude SHARM situe les HSH ayant signalé des symptômes d'IST à 19,2% et IBBS 2016 à 34,7%. Selon IBBS 2016 environ 23% des HSH ayant signalé des symptômes de IST n'ont pas eu recours aux soins. Parmi les résultats de la présente étude, il faut relever que 28% des HSH enquêtés ont déclaré avoir manifesté au cours des 12 derniers mois, des symptômes d'IST et parmi 39,19% n'ont pas eu recours aux soins. Cela pourrait amener à se poser la question sur le recours aux soins.

Le faible recours aux soins trouverait une explication dans le fait que 23% des HSH déclarent qu'ils ont déjà eu peur d'aller dans les services de santé parce qu'ils s'inquiètent que quelqu'un n'apprenne qu'ils ont des rapports sexuels avec des hommes. Cette même proportion (23%) a déclaré avoir déjà évité d'aller dans les services de santé pour les tests/traitements des IST ou du VIH parce qu'ils s'inquiètent également que quelqu'un puisse apprendre qu'ils ont des rapports sexuels avec des hommes. En outre, près d'un HSH sur 10 affirme s'être déjà senti mal reçu dans les services de santé parce que quelqu'un savait son orientation sexuelle. IBBS 2016 confirme cette explication en identifiant comme facteurs qui découragent les HSH (18,8% des HSH qui évitent de fréquenter les centres de santé) à fréquenter les centres de santé l'inexistence de centre de santé friendly, la stigmatisation par les prestataires de santé au sein des centres de santé.

ESTIMATION DE LA PREVALENCE ET DE LA CASCADE AU VIH

Prévalence au VIH,

La prévalence au VIH est estimée sur la base des résultats biologiques à 12,33% contre 29,34% de taux de prévalence à Abidjan rapportée par IBBS en 2016. Cette différence pourrait provenir du mode de recrutement. En effet, IBBS se basait sur la méthode capture recapture avec comme ossature les réseaux HSH bâti autour des ONG communautaires ou de prise en charge. Notre étude elle s'est intéressée à des personnes tout venant, pas forcément membres des réseaux communautaires.

A propos de la charge virale,

La charge virale était supérieure au seuil détectable chez la majorité (80,56%) des HSH dépistés positifs et indétectable chez 19,44% des HSH dépistés positif.

Aucune étude nationale ne fait cas des charges virales chez des sujets HSH en Côte d'Ivoire. Cette étude permet ainsi de capter le profil des HSH séropositifs suivis ou non. Un effectif plus important et des informations complémentaires sur la durée de la mise sous traitement auraient été d'un grand apport pour mieux expliquer les écarts mais les résultats mettent bien en exergue l'importance de la mise sous traitement. Ils montrent également que l'instauration systématique du traitement n'est pas encore effective.

TAILLE DES POPULATIONS HSH A ABIDJAN

La population de HSH d'Abidjan est estimée à 5.892 HSH IBBS

RECOMMANDATIONS

La prévalence au VIH demeure toujours élevée chez les HSH même si la tendance est à la baisse. Les constats clés viennent confirmer ou expliquer ce fait. Mais, l'exercice final est de se servir de ces données afin de mieux orienter les logiques d'intervention.

Sur la base des constats, les recommandations suivantes peuvent être émises afin de contribuer à l'amélioration de l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH en direction des HSH à Abidjan.

Elles s'adressent à tous les acteurs selon leur niveau d'intervention.

Le développement de stratégies innovantes pour améliorer la couverture des sites physiques et virtuels

Le constat général est l'insuffisance de la couverture des sites physiques et virtuels fréquentés par cette population par les activités de prévention et de lutte menées par les intervenants communautaires.

Le premier niveau de contact reste les pairs éducateurs qui travaillent sur une proportion bien faible de sites et qui privilégient leur réseau personnel avec donc comme principale cible les domiciles et commerce des HSH. Pourtant, la majorité des HSH se rencontrent sur d'autres types de points chauds (bars et maquis). Afin d'élargir la couverture, nous recommandons de faciliter et d'accompagner le travail des pairs éducateurs au niveau des sites les plus fréquentés à travers une sensibilisation spécifique en direction des gérants de sites. Il est également important de procéder à l'intégration et la formation de nouveaux pairs éducateurs afin d'élargir les cibles à travers différents réseaux (stratégie de capture recapture)

Les craintes liées à la stigmatisation et la discrimination sont des freins qui rendent difficile l'accès aux sites physiques. Aucune stratégie en direction de ces sites ne pourra donc se faire sans un environnement apaisé pour les HSH. Nous recommandons une intensification des activités de promotion des droits humains en faveur des populations clés et intégrant en plus de partenaires tels que les forces de sécurité et de défense, homme de lois., ainsi que la population générale.

L'utilisation des canaux virtuels (réseaux sociaux, applications mobile, sites dédiés HSH) pour la sensibilisation sur le VIH est quasi inexistante alors que ces moyens de socialisation sont très prisés par les HSH. Afin d'élargir la couverture des services et surtout de diversifier les profils de HSH touchés, nous recommandons une collaboration avec les administrateurs de sites internet fréquentés par les HSH afin de véhiculer des messages de prévention et des informations relatives à la disponibilité de l'offre de service. De même, nous recommandons la formation des pairs éducateurs de façon à l'usage des réseaux sociaux pour des activités de prévention.

La non-prise en compte des spécificités de la cible et des sites qu'elle fréquente influe sur les résultats des interventions mises en œuvre. Nous recommandons la mise en place de stratégies qui prennent en compte prendre en compte les jours et moments d'affluence, tant sur les sites physiques que virtuels et selon les zones, il faut aussi tenir compte de la typologie des sites fréquentés.

L'insuffisance de la disponibilité en préservatifs et gels lubrifiants sur des sites confirmés comme lieux de rencontre de partenaires sexuels ou de clients pour les HSH travailleurs du sexe incite à une amélioration du dispositif de distribution avec l'installation de points de distribution sur site. Afin de garantir la pérennisation de cette action, la gestion de ces points de distribution pourrait être ensuite cédée aux managers de sites.

L'apport de solution aux problèmes d'accessibilité à l'offre de service, aux gels lubrifiants et aux préservatifs

Les problèmes d'accessibilité au gel lubrifiant surtout posés par les HSH sont aussi liés aux ruptures fréquentes de stock observés au niveau des organisations communautaires et au coût élevé des gels en pharmacie. Nous recommandons ainsi une amélioration des procédures de quantification et de mise à disposition des préservatifs et gels lubrifiants aux structures œuvrant en milieu communautaire.

L'accessibilité aux services de santé publics se trouve entravée par la crainte de la stigmatisation chez les HSH. Malgré l'offre de services via les centres dédiés, des problèmes se posent encore et toujours. Pour susciter une plus grande fréquentation des centres de santé par les HSH, nous recommandons une promotion continue des centres de santé disponibles pour eux lors de chaque contact, un renforcement des capacités d'un plus grand nombre de prestataires pour l'offre de service médicale en direction des HSH, des stratégies avancées ou mobiles à travers des visites régulières aux heures d'affluence sur les sites pour toucher plus de personnes aussi bien pour le dépistage que pour la prise en charge des IST. Nous recommandons également un renforcement des capacités en matière de soutien psychologique (estime de soi) afin d'encourager la fréquentation des centres de santé, et de rendre disponible l'outil de rapportage électronique des cas de violences faites aux HSH.

Amélioration des connaissances et des comportements vis-à-vis du VIH

Afin de promouvoir les bonnes informations et un changement de comportement durable, nous recommandons une plus grande sensibilisation des HSH sur les risques de contamination lors des rapports anaux, la mise en place d'un programme de marketing social pour la promotion de l'utilisation et la distribution de préservatifs et de gels lubrifiants en tenant compte des spécificités liées au genre et à l'orientation sexuelle.

La mobilité et le dynamisme de la cible rendent difficile le travail de planification et de ciblage. Nous recommandons le déroulement d'études régulières ou la mise à disposition d'outils permettant de collecter des informations de routine afin de mieux documenter les évolutions.

Amélioration de la prise en charge des HSH vivant avec le VIH

Les différences de niveaux de charges virales chez les HSH connus sous traitement et ceux non traités montrent bien l'efficacité du traitement dans l'amélioration de l'état de santé des PVVIH. Des études plus approfondies seront nécessaires pour capter les déterminants liés à la charge virale chez les HSH dépistés positifs et agir efficacement pour l'atteinte du 3^{ème} 90. Nous recommandons des actions plus efficaces dans le cadre de la recherche des perdus de vue et surtout pour une mise sous traitement précoce.

CONCLUSION

La présente étude est la première du genre menée en Côte d'Ivoire. Son originalité est qu'elle vient éclairer sur les insuffisances de l'offre de service en direction des HSH, mettre en lumière les populations de HSH usagers des sites virtuels et enfin permettre d'apprécier la cascade au VIH.

Il était en effet nécessaire, afin de garantir l'efficacité des interventions dans le cadre du VIH et une meilleure prise en charges des HSH pour l'atteinte des 3 – 90, de disposer de données factuelles et pertinentes spécifiques aux HSH.

La cartographie programmatique des HSH à Abidjan a permis ainsi de faire des constats clés sur les insuffisances des interventions de lutte contre le VIH mises en œuvre en faveur de cette population. Elle fait également une estimation de la taille des HSH à Abidjan et permet de disposer d'une liste des sites de fréquentation (physique et virtuelle) où l'on peut atteindre les HSH à Abidjan.

Les résultats obtenus sont d'une grande importance pour la compréhension de la dynamique de l'épidémie, l'exercice a permis de dépasser la simple observation et de proposer des pistes pour expliquer et apporter une solution aux problèmes constatés. Les résultats de cette étude permettront notamment, de faire un meilleur ciblage, d'améliorer les planifications et de mieux orienter les interventions des programmes VIH en direction des HSH pour l'atteinte de l'objectif 90 90 90.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Programme National de Lutte contre le Sida, Fonds Mondial, Enda Santé, Université de John Hopkins, Rapport IBBS-MSM, 2015-2016, Abidjan
2. Enda santé-JHU, Cartographie programmatique des travailleuses du sexe en Côte d'Ivoire -Abidjan, Bouaké, San-Pédro, 2016
3. Family Health International 360, Étude sur le VIH et les facteurs de risques associés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Abidjan, Côte d'Ivoire ou SHARM
4. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Programme National de Lutte contre le Sida, Fonds Mondial, Enda Santé, Université de John Hopkins, Rapport IBBS-PS, 2014, Abidjan
5. Ministère du Plan et du développement, Institut National de la Statistique, RGPH, 2014
6. ONUSIDA, fiche d'information 2014 sur les statistiques mondiales
7. ONUSIDA, Sida en chiffres, 2013

ANNEXES

ANNEXE 1 : EQUIPE DE RECHERCHE

Investigateurs principaux

- Sharon WEIR (UNC)
- Fatou DRAME (Enda Santé)

Coordonnateur de la recherche

- Evelyne-Patrice OBODOU (Enda santé CI)

Superviseur général

- Kolo OUATTRA (Enda santé CI)

Gestionnaires des données

- Kolo OUATTRA (Enda santé CI)
- Benjamin Liestman (JHU)

Superviseurs Terrain

- Cyrille GNALEGA
- Djaman N'DRI
- Emile GOUANE
- Franck OSSIRI
- Sidonie YAPI
- Wilfried TOUALY

Coordonnateur de la collecte biologique (point focal ASAPSU)

- Dr FE GONDO

Agents dépisteurs (ASAPSU)

- APPIA Money Marius
- ATSEBI Ogoua Hugues
- ATTOBRA Wantchi
- COULIBALY Nabele
- GBOUGBO Aristide Pierre Pascal
- KOFFI Hugues
- KOFFI Koudio Edmond
- KONAN Aya Emma
- KONAN Kouassi
- KONAN Kouassy Marcellin

Facilitateurs

- Mme NDA Viviane (PNLS)
- GNAO Elvis 'Arc en Ciel Plus)

Pairs éducateurs d'ALTERNATIVE CI

- DIABY Abdul
- DOSSO Mamadou
- GNIZAKO Lago Lucien
- GODE Lobognon André Michel
- GOKOU Digbeu Raymond
- ZABE Dakpa Nathanaël

Pairs éducateurs d'ARC En CIEL PLUS

- ATTEBY Gngambo Alain
- BOUAFFO Yao Ange Jean-Philippe
- BROBY Vans-Onyl
- DANON Makagnon Ousmane
- GANIWOU Zakary Roland
- GAYE Mobauye Aubin
- KONAN Kouamé Honoré
- SEKA Aké Guy Serge
- SOUMAHORO Ismaïla
- YAPO Kimou Pacome Eric
- YOUAN Bi Boti Ange Joël
- ZAMBLE Eric Franck

- KOUAKOU Toussine
- KOUAME Amani Antoinette
- KOUASSI Bio Viviane
- KPLE Kouakou Komenan Cyrille
- KRIHOUA Epse YEBOUA Olga
- MELEDJE Akpa
- N'DOUA Ablan Claudine
- SEAYE Virginie
- TOURE née MANIGA
- YEO née GADOU

Agents de collecte

- GUETIN Sahi Maxime
- OBEHI Adjissay Hermann
- M'BRAH Yao Arnold
- KOUADIO Kouamé Konan Elvis
- TRAORE Assétou
- MAHI Badro Wilfried
- DAOU Yacouba
- KOUADIO Ahou Eveline
- BRO Christelle
- GOMENE Dorias Patricia
- KOUADIO Akissi Evelyne
- KOFFI Kanga Christian
- ELLA Tano Mehso
- ADOU Serges Atta
- BOGNAN Kouassi Evrard
- EBROTIE Michel
- GNEKI Apea Nicaise
- GOUESSE Guy-Michel
- KONE Founignigué
- KOUASSI Kouamé Cyril
- NENIN Bernabé
- SEHA Serge
- N'GUESSAN Kouassi Jacques
- SAGOU Jean De Dieu
- KOUAKOU Tanguy
- YAO Adjoua Florence

Annexe 2 : Valeur des examens pour les charges virales

NUM	VALEUR CHARGE VIRALE	connaissance du statut	sous traitement?
1	473000	Jamais testé	Non
2	56000	Négatif	Non
3	40	Négatif	Non
4	62800	Négatif	Non
5	33800	Positif	Oui
6	1150000	Négatif	Non
7	210000	Négatif	Non
8	105200	Négatif	Non
9	43400	Négatif	Non
10	165000	Négatif	Non
11	50800	Négatif	Non
12	40	Négatif	Non
13	72400	Positif	Non
14	29600	Négatif	Non
15	34600	Négatif	Non
16	8860	Positif	Non
17	439	Négatif	Non
18	40	Positif	Oui
19	594	Positif	Oui
20	40	Positif	Oui
21	40	Positif	Oui
22	8320	Négatif	Non
23	193000	Négatif	Non
24	35800	Négatif	Non
25	8400	Jamais testé	Non
26	36400	Négatif	Non
27	80600	Négatif	Non
28	40	Négatif	Non
29	40	Négatif	Non
30	966	Jamais testé	Non
31	6400	Négatif	Non
32	10000	Négatif	Non
33	27300	Négatif	Non
34	29200	Négatif	Non
35	113800	Jamais testé	Non
36	184	Négatif	Non

Annexe 3 Technical Appendix for Size Estimates MSM Abidjan

Size Estimates Table for The Number of Men who Have Sex with Men Age 18 and Older in Abidjan

		Relevant Area and Time	Size Estimate
1a	Capture Recapture Estimate from Unique Object (Unweighted)	Abidjan at the time of the Unique Object Event	3,057
1b	Capture Recapture Estimate from Unique Object (Weighted)	Abidjan at the time of the Unique Object Event	2,716
2a	Capture Recapture Estimate from Internet Survey (Unweighted)	Abidjan at the time of the Internet Survey in 2017	5,381
2b	Capture Recapture Estimate from Internet Survey (Weighted)	Abidjan at the time of the Internet Survey in 2017	5,118
3a	Capture Recapture Estimate from the Heartland Survey (Unweighted)	Abidjan at the time of the Heartland Survey in 2016	9,819
3b	Capture Recapture Estimate from the Heartland Survey (Weighted)	Abidjan at the time of the Heartland Survey in 2016	11,143
4a	Saturday Night Estimate based on Information from Venue Informant (who is probably not an MSM) adjusted for probability of sampling venues	MSM in Abidjan at Venues on A Saturday Night	5,000
4b	Extrapolation of the Saturday night estimate to include MSM who do not go out to venues on a Saturday night	MSM in Abidjan including Those Who Do not Visit Venues	6,393
5A	Direct size estimate based on weighted interviews with MSM	MSM in Abidjan in Venues at A Busy Time	3,368
5b	Direct estimate adjusted for visiting multiple sites during a day and for how frequently visit during a month	MSM in Abidjan in Venues Over a Month	6,182

Methods: The PLACE Method Was Used to Collect Data For Each Estimate

Overview of the PLACE Method Used in Abidjan and Sampling Weights

Step 1. Objectives defined:

- Estimate the number of MSM in Abidjan
- Map and characterize venues where MSM can be reached
- Describe characteristics of MSM in Abidjan

Step 2. 3045 CI were interviewed

They identified 1513 venues where people go to meet new sexual partners in Abidjan. Of these 1353 were venues where sex workers or MSM were reported to visit. The remainder was 160 venues. These 160 venues are excluded from further analysis. They are assumed to have no MSM visiting.

Step 3. Of the 1353 venues, 694 were identified by CI (on Form A) as MSM venues.

Interviewers attempted to visit all of these venues using Form B. AOf the remaining 660 venues, a random 5% sample was selected for a visit (n=163). These 163 are weighted 5 (inverse of 20% selection probability). In addition, 20 additional spots were identified as MSM spots during Form B visits (weight=1). So 877 Spots to Visit:

- Group 1 MSM 694 MSM Spots (weight=1)
- Group 2 163 Random Spots (weight=5)
- Group 3 20 New Spots (weight=1)

Outcome of Spot Visit:

- 564 Spots with Data from Form B
- Group 1: 448 Operational and Data Collected Form B (64.5%)
- Group 2: 103 Operational and Data Collected (63.2%)
- Group 3: 13 Operational and Data Collected (65%)
- Other Outcomes:
 - 12.8% Not Found
 - 5.6% Found but not Operational
 - 7.6% Closed/ Temporarily or Permanently
 - 6.5% Duplicate spot
 - 1.1% Nobody there to interview
 - 0.8% Respondent refused
 - 0.7% Too dangerous to visit
 - 0.1% All respondents too young
 - 6.4% Found but not operational anymore

Sampling MSM at Venues

- 39 venues were visited for Form C interviews
- Initially 25% of operational venues were randomly selected for Form C Interviews, however, some venues were closed and others were not safe for interviewing.
- Consequently, the weights for the 39 venues where interviews were conducted were re-calculated taking into account the number of venues that were excluded.
- Sampling weights were calculated separately for Abobo and the rest of Abidjan. The sampling weights are highest for venues that were selected from Group 2.
- Every man in selected venues was approached for an interview.

1. Capture-Recapture Estimate from Unique Object

A. Method: Petersen Capture Recapture Method w One Recapture

- A unique object was distributed in September 2016 at an event where MSM were invited
- Objects were only provided to people at the events who reported:
 - Living in Abidjan
 - Being a man who has sex with men,
- 402 objects were distributed
- Petersen Capture recapture formula (Seber, 1992)

- $M/N = R/C$ or $N=(M*C)/R$
- Where M is the number taken in the first sample and marked (provided the unique object)
- C= the number captured in the second sample and examined (number of MSM interviewed during PLACE)
- R= the number marked in the second sample, or “recaptured” (number of MSM interviewed during PLACE who reported receiving the unique object)
- N= the estimate of the population at the time of the first sample (Sept 2016)
- Assumptions of the Petersen method (Weir, 1997)
 - According to Seber, who applied the method to estimating animal populations, the assumptions which must hold for N to be a suitable estimate are:
 - The population is closed so that N is constant.
 - All individuals have the same probability of being caught in the first sample.
 - Marking does not affect “catchability”.
 - The second sample is a simple random sample.
 - Individuals included in the first sample do not lose their “marks” in the time between the two samples, (Note: not applicable in the Abidjan study).
 - All “marks” are reported on recovery in the second sample. For the Abidjan, study this requires all persons to validly report when asked during the PLACE survey whether they received the unique object.
 - Everhart and Youngs describe how these assumptions would apply to estimating the number of fish in a pond: “... that marked fish, during the period between release and recapture, suffer no greater mortality nor emigrate further than unmarked fish; that no marks are lost; nor are any recaptured marked fish overlooked; and further that marked fish are caught at the same rate as unmarked; that marked fish are randomly distributed, or if not, that the recaptures are; and that there will have been no additions to the population.”
 - Seber notes that the assumptions are not mutually exclusive (Weir 1997). For example, the assumption of a random recapture sample (assumption "d") is dependent on the validity of assumptions "b" and "c", as any variation in catchability, whether natural or induced by participation in the first interview, will lead to a non-random second sample. If the second sample is a systematic sample rather than a random sample, however, the estimate is still acceptable if: (1) there is uniform mixing of “marked” and “unmarked” (i.e., those who participated in the event and those who did not) so that the proportion of marked throughout the population is constant. and (2) given that a certain location in the population area is sampled, all individuals in that location, whether marked or unmarked, have the same probability of being caught (i.e, all MSM in Abidjan, whether participating in the first event or not, have the same probability of being interviewed during PLACE).

B. Crude Results (Unweighted) : 3,057

- $N=(M*C)/R$
- M=402
- C=365
- R=48
- N= 3057

C. Adjusted Results (Weighted) :

- $N=M/(R/C)$ where the percentage R/C is weighted based on the sampling probability
- $M=402$
- $R/C= 14.8\%$
- $N= 2716$

2. Capture-Recapture Estimate from Internet Survey

A. Method:

- An internet survey was conducted in early 2017 after the Abobo Pilot Study and before the PLACE survey in the rest of Abidjan
- $M=261$ MSM interviewed online (“Marked” in first sample)
- $C= 268$ MSM interviewed after Abobo pilot ($365-97=268$)
- $R=13$ Number in PLACE Survey after Abobo who reported being interviewed online
- Assumptions (see above)
 - Note that $C=268$ and not 365. The 97 MSM from Abobo are excluded because they could not have participated in the internet survey.

B. Results (Unweighted): 5,380

- $N=(M*C)/R$
- $M=261$
- $C=268$
- $R=13$
- $N= 5,381$

C. Adjusted Results (Weighted):5118

- $N=M/(R/C)$ where the percentage R/C is weighted based on the sampling probability
- $M=261$
- $R/C= 5.1\%$
- $N= 5,118$

3. Capture-Recapture Estimate from the Heartland Alliance Survey

A. Method:

- A venue-based survey of MSM, the “Heartland Alliance Survey” was conducted in Abidjan in 2016
- $M=1076$ MSM interviewed online (“Marked” in first sample)
- $C= 365$ MSM interviewed in Abidjan PLACE study
- $R=40$ Number in PLACE Survey who reported participating in the Heartland survey
- Assumptions (see above)

B. Results: 9,819

- $N=(M*C)/R$
- $M=1076$
- $C=365$
- $R=40$

- N= 9,819

C. Adjusted Results (Weighted) :

- $N=M/(R/C)$ where the percentage R/C is weighted based on the sampling probability
- M=1076
- R/C= 9.7%
- N= 11,143

4. Saturday Night Estimate based on Information from Venue Informant (who is probably not an MSM)

A. Method: Saturday night crude estimate from Form B Respondent: 5,000 MSM

- Form B respondent is asked how many MSM come to the venue on a typical Saturday night between 9 pm and midnight
- Responses summed up for all respondents from all venues
- For venues with missing estimates that were MSM Spots per the Community Informant, we assumed the mean number of MSM reported at other venues identified as MSM Venues by the CI
- For venues with missing estimates that were NOT MSM venues, we assumed the mean number of MSM found at these venues
- Estimate was further adjusted with information obtained from MSM at venues at the time of the Form B visit. MSM were asked how many MSM they know and of these how many go out to bars and clubs on Saturday night

B. Results Adjusted for Probability of Sampling Venues

- Form B Respondents reported a sum of 4867 MSM at 542 spots
- 22 venues were missing Saturday night size estimates
- Extrapolating to the missing 22 spots
 - 20 of the spots were MSM Spots per CI. At venues with data, there were on average 6.2 MSM per spot. So adding $20*6.2 = 124$
 - 2 spots were non MSM spots. Non-MSM venues had a mean of 4.3 MSM per spot for another 9 MSM
 - Sum= 5000 MSM
 - Note: This estimate does not extrapolate to the 24 spots where all venue profile respondents were too young or the venue location too dangerous or nobody at the venue at the time of the visit or respondents refused.

C. Results Adjusted for Number of MSM who do not go out to Bars and Clubs As Reported by MSM Interviewed during Site Visits = 6,393

- 279 MSM were interviewed at 246 venues during the site visits when a venue informant was interviewed using Form B. Of these 279 MSM, 222 had non-missing responses when asked about the number of MSM they knew and reported a mean of 78.2% of these go out to bars, clubs, streets, parks or public social events.
- Of note: Of MSM they know, 56.4% had visited the venue where the interview was conducted in the past 7 days.
- The MSM estimate is $5000/.782 = 6,393$

5. Estimate based on Interviews with MSM at Sites During Form C Visits

A. Method:

Individuals were asked during Form C a few questions to determine determine MSM status, specifically:

- if c29m>0 or c35 =1 or c33=1 or c80 in (1,3) then msm=1;
 - i. That is, if they report having sex with one or more men in the past 4 weeks or
 - ii. If they report that they have a main male partner or
 - iii. If they answered yes to “Have you had sex with a man in the past 12 months?” or
 - iv. If they report having male partners in the past 6 months

Sampling weights were applied to those who were defined as an MSM based on the above and the weighted number is the size estimate.

B. Results: 3368

- 365 MSM were interviewed
- Weighted number interviewed: 3368
- This estimate is an estimate of the number of MSM out at venues during busy times and does not take into account the frequency of visit or the number of sites visited during a busy time

C. Results: Adjusted for site visiting frequency and number of sites visited per day

- From form B data, there were 15 busy days per month on average as reported by MSM on Site
- From Form C data, MSM visit an average of 2.7 sites per night
- Estimate is 6182