



**PRESIDENCE
DE LA REPUBLIQUE**

SECRETARIAT GENERAL

COMITE NATIONAL
DE LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT EXECUTIF

**MINISTERE
DE LA SANTE PUBLIQUE**

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE

DIRECTION
DE LA LUTTE CONTRE LES IST/SIDA

**Etude de surveillance biologique et comportementale
du VIH et de la syphilis chez les professionnelles du
sexe à Madagascar
(ESBC Professionnelles du Sexe, 2016)**

Contrat N°: 007/2016/PRM/SG/CNLS/SE

**FINANCEMENT
BANQUE MONDIALE : CREDIT IDA N°5186-MG
FONDS MONDIAL : MDG – 809 – G11 – H**

Rapport final

**AGENCE CAPSULE/CREDES
en collaboration avec le Service de Laboratoire National de Référence**

Juin 2017

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	I
LISTE DES ABREVIATIONS.....	II
LISTE DES FIGURES	III
LISTE DES TABLEAUX.....	III
RESUME EXECUTIF	VI
TABLEAUX RECAPITULATIFS DES RESULTATS.....	XVI
I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	5
II.1. Objectifs généraux.....	5
II.2. Objectifs spécifiques	5
III. METHODOLOGIE.....	7
III.1. Population à l'étude et sites d'enquête.....	8
III.2. Etape préparatoire : Recherche formative.....	10
III.3. Méthode d'échantillonnage de l'enquête quantitative	12
III.4. Méthode d'estimation de la taille de la population.....	16
III.5. Indicateurs.....	16
III.6. Méthode de collecte de données	17
III.7. Volet biologique.....	21
III.8. Saisie et analyse de données par Agence CAPSULE	23
III.9. Assurance qualité de la collecte sur site, des analyses de laboratoire et de la saisie des données	24
III.10. Limites de l'étude	26

III.11. Considérations éthiques	28
IV. RESULTATS	29
IV.1. Caractéristiques des Professionnelles du sexe	29
IV.2. Prévalence de l'infection au VIH et de la syphilis	31
IV.3. Connaissances – Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe	32
IV.4. Relations des Connaissances-attitudes et pratiques avec l'infection au VIH et la syphilis active	47
IV.5. Estimation de la taille des populations des professionnelles du sexe	50
IV.6. Rendu des résultats	51
V. DISCUSSIONS	52
VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	55
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
ANNEXES	58
Annexe 1 : Indicateurs et modes de calcul	59
Annexe 2 : Questionnaire comportemental, Professionnelles du sexe	63
Annexe 3 : Recommandations du SLNR pour le volet biologique	88

REMERCIEMENTS

La présente Enquête de Surveillance Biologique et Comportementale du VIH et de la syphilis chez les Professionnelles du sexe (2016) a été réalisée sous l'égide du Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida et la Direction de la lutte contre les IST/Sida du Ministère de la Santé, avec l'appui de la Banque mondiale et du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Elle a bénéficié de la collaboration directe ou indirecte de nombreux partenaires et intervenants nationaux et internationaux tout au long du processus de sa conception, de sa préparation, de sa mise en œuvre et de sa finalisation. Les ateliers de formation et travaux de terrain ont pu se réaliser grâce à l'engagement et la collaboration du Ministère de la Santé Publique, Ministère de la Sécurité Publique, et de diverses associations dont l'Association des Femmes Samaritaines (AFSA).

Agence Capsule/CREDES tient à adresser leurs remerciements les plus sincères à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette enquête de surveillance.

AGENCES D'EXECUTION : AGENCE CAPSULE/CREDES

Coordonnateur de l'étude : Heritiana Rabarijaona

Statisticien : Tolotra Andrianampy

Spécialiste étude qualitative : Marina Ravoniarisoa

Epidémiologiste : Ramamonjisoa Andriamahenina

Biologiste : Norolalao Rahelimiarana

Coordonnatrice technique : Onja Holisoa Rahamefy

SERVICE DE LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE ET DES LABORATOIRES REGIONALES DE REFERENCE

Sous la direction du Professeur Lala Rasoamialy-Soa Razanakolona

APPUI TECHNIQUE

Tokinirina ANDRIANANTOANDRO, expert en méthode RDS

Jean De Dieu RANDRIANASOLORIVO, expert en méthode RDS

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSA	Association des Femmes Samaritaines
CQE	Contrôle de Qualité Externe
DLIS	Direction de la Lutte contre les IST et le Sida
ESB	Enquête de Surveillance Biologique
ESC	Enquête de Surveillance Comportementale
ESBC	Enquête de Surveillance Biologique et Comportementale
FOFIKRI	Foibe Fiofanana Kristiana
GTSE	Groupe Technique de Suivi Evaluation
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes
IST	Infection sexuellement transmissible
LRR	Laboratoire régional de Référence
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies de riposte au VIH et au Sida
PS	Professionnelles de sexe
PCR	Polymerase Chain Reaction
PCPER	Populations Clés les plus exposées aux risques
PSN	Plan Stratégique National
RDS	Respondent Driven Sampling
RPR	Rapid Plasma Reagin
SE/CNLS	Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre de Sida
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficienc Acquis
SLNR	Service du Laboratoire National de Référence
TPHA	Treponema Pallidum Hema-Agglutination
VIH	Virus de l'Immunodéficienc Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Graines, vagues et chaînes de recrutement à Antsirabe

Figure 2 : Graines, vagues et chaînes de recrutement à Toamasina

Figure 3 : Graines, vagues et chaînes de recrutement à Toliary

Figure 4 : Circuit de recrutement des professionnelles du sexe

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Prévalence de l'infection à VIH et de la syphilis chez les Professionnelles du sexe, Madagascar

Tableau 2 : Attitudes, pratiques et programme de prévention destiné aux populations clés, ESCB chez les Professionnelles du sexe, Madagascar, 2016

Tableau 3: Connaissances vis-à-vis de l'infection à VIH et des IST chez les Professionnelles du sexe, ESCB chez les Professionnelles du sexe, Madagascar, 2016

Tableau 4 : Taille calculée d'échantillons de Professionnelles du sexe nécessaires et nombre d'échantillons effectivement recrutés

Tableau 5 : Caractéristiques des graines et nombre de vagues

Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Tableau 7 : Pourcentage de professionnelles du sexe qui vivent avec le VIH ou qui présentent une syphilis active

Tableau 8 : Pourcentage de professionnelles du sexe atteintes par les programmes de prévention du VIH

Tableau 9 : Pourcentage de professionnelles du sexe qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Tableau 10 : Proportion de professionnelles du sexe de 15 à 24 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels au plus tard à 18 ans

Tableau 11 : Age médian des professionnelles du sexe de 15 à 24 ans aux premiers rapports sexuels

Tableau 12 : Nombre moyen d'actes sexuels et nombre moyen de partenaires sexuels par professionnelle de sexe par an

Tableau 13 : Utilisation du préservatif par les professionnelles du sexe

Tableau 14 : Pourcentage de professionnelles du sexe qui ont obtenu gratuitement un condom au cours des 12 derniers mois

Tableau 15: Professionnelles du sexe qui ont consommé de l'alcool et/ou de la drogue les 12 derniers mois

Tableau 16: Discrimination et stigmatisation

Tableau 17: Professionnelles du sexe ayant présenté au moins une fois des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois ;
Souhait de faire un test VIH et retirer le résultat durant le prochains mois

Tableau 18: Pourcentage de professionnelles du sexe souhaitant utiliser systématiquement un préservatif masculin avec les clients et utiliser un préservatif féminin avec les clients

Tableau 19 : Proportion de professionnelles du sexe qui connaissent le condom masculin et le condom féminin

Tableau 20 : Proportion de professionnelles du sexe qui connaissent un point de vente/distribution de condoms masculin et féminin

Tableau 21 : Connaissances sur la prévention et la transmission sexuelle du VIH

Tableau 22 : Pourcentage de professionnelles du sexe qui connaissent un lieu de dépistage du VIH

Tableau 23 : Proportion de professionnelles du sexe connaissant au moins deux signes d'IST chez l'homme et chez la femme

Tableau 24: Effets des Connaissances - Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe sur le statut sérologique du VIH

Tableau 25 : Effets des Connaissances - Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe sur le statut sérologique de la syphilis

Tableau 26 : Taille estimée de la population des professionnelles du sexe

RESUME EXECUTIF

Agence Capsule et CREDES ont exécuté l'enquête de surveillance biologique et comportementale de l'infection au VIH et de la syphilis chez les professionnelles du sexe (ESBC PS, 2016) à Madagascar. Cette enquête s'inscrit dans le cadre de la Surveillance de deuxième génération du VIH et fait suite à l'enquête bio-comportementale du VIH et de la syphilis, réalisée au sein de la population des professionnelles du sexe en 2012.

La prévalence de l'infection au VIH est estimée à 1,3% chez les professionnelles du sexe¹. Cependant, les résultats de différentes études biologiques réalisées auprès de petits groupes de femmes ont montré que les infections sexuellement transmissibles (IST) restaient constamment prévalentes dans cette population². Ceci a été confirmé par des enquêtes de surveillance successives menées chez les professionnelles du sexe, montrant que la prévalence de la syphilis a atteint 15,6% en 2010 et 15,8% en 2012³. Etant donné que les infections sexuellement transmissibles constituent une porte d'entrée et un facteur facilitant la transmission du VIH, la vulnérabilité de la population des professionnelles du sexe à l'infection au VIH est réelle. Une surveillance accrue de l'épidémie du VIH et une riposte adaptée sont nécessaires.

Dans le cadre de la Surveillance de Seconde Génération recommandée par l'ONUSIDA et l'OMS pour la surveillance de l'épidémie de l'infection au VIH et les infections sexuellement transmissibles⁴, Madagascar a réalisé trois séries d'enquêtes de surveillance comportementale en 2004, 2006 et 2008 et de surveillance immunologique en 2005, 2007 et 2010 auprès des professionnelles du sexe⁵. Lors de ces enquêtes, le recrutement des participantes était effectué de façon passive au niveau des sites sentinelles et des lieux de « travail » de ces dernières, si bien que les personnes difficiles d'accès ou exerçant la profession du sexe en cachette étaient sous représentées. Par ailleurs, l'enquête de surveillance comportementale était réalisée à distance de l'enquête biologique. Par conséquent, les données comportementales n'étaient pas corrélées avec les résultats immunologiques. Bien que ces enquêtes aient offert l'opportunité d'observer les comportements des professionnelles du sexe et d'apprécier ponctuellement le niveau de

¹ SE/CNLS, 2012: ESBC PS 2012

² Behets, 2001, Behets, 2003 ; Hoke, 2007 ; Harijaona 2009

³ SE/CNLS, 2010: ESB, 2010; SE/CNLS, 2012: ESBC PS 2012

⁴ OMS/ONUSIDA, 2000

⁵ SE/CNLS, 2010: ESB, 2010

séroprévalence, elles ne permettaient pas d'étudier les relations entre les comportements à risque et la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe.

En 2012, Madagascar a réalisé une enquête de surveillance combinée bio-comportementale du VIH et de la syphilis auprès des professionnelles du sexe, en utilisant la méthode « Respondent Driven Sampling » (RDS). Cette méthode serait adaptée aux populations cachées ou difficiles d'accès⁶. Cependant, les résultats comportementaux et biologiques de cette ESBC de 2012 ne pouvaient pas être comparés avec ceux de 2008⁷ et de 2010⁸. En effet, lors de l'ESC 2008 et de l'ESB 2010, les professionnelles du sexe enquêtées ont été identifiées dans les endroits accessibles au public, limitant l'accès aux professionnelles du sexe cachées. La méthode utilisée pour recruter les professionnelles du sexe était cependant différente lors de l'ESBC 2012 car elle a permis aux participantes de recruter les pairs membres de leur réseau, incluant les professionnelles du sexe supposées cachées et inaccessibles.

Madagascar a vécu des événements critiques et politiques qui ont engendré un déclin socioéconomique avec de sérieuses répercussions humaines et un impact sur le financement de santé. La décroissance du revenu par habitant, la réduction du pouvoir d'achat de la majorité de la population, les taux d'abandon scolaire très élevés, enregistrés de 2009 à 2013, et la baisse des ressources allouées au programme de lutte contre le VIH/sida à Madagascar, pouvaient avoir influencé les comportements de la population, l'intensité et la qualité de la riposte au VIH/sida, et changé le cours de l'évolution de l'épidémie de l'infection au VIH. Afin de mieux suivre la tendance de l'épidémie et d'évaluer les comportements exposant les populations au risque de propagation du VIH, une Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique du VIH et de la syphilis, utilisant la méthode « Respondent Driven Sampling », était réalisée chez les professionnelles du sexe en 2016.

L'enquête a rejoint des professionnelles du sexe de onze villes réparties dans tout le pays: Antananarivo, Antsiranana, Mahajanga, Toamasina, Fianarantsoa, Toliary, Taolagnaro, Moramanga, Antsirabe, Morondava et Nosy Be.

⁶ Malekinejad, M. 2008 ; SE/CNLS, 2012 : ESBC PS 2012

⁷ SE/CNLS, 2008: ESC PS 2008

⁸ SE/CNLS, 2010: ESB PS 2010

Les objectifs généraux de cette étude combinée consistent à :

- Suivre les tendances de l'épidémie VIH à Madagascar à travers la surveillance combinée « comportementale et biologique » auprès des professionnelles de sexe;
- Fournir les informations utiles pour améliorer la connaissance de l'épidémie du VIH et orienter la réponse nationale ; et
- Effectuer l'estimation des tailles des professionnelles de sexe dans les localités de l'étude.

Cette étude combinée a pour objectifs spécifiques de :

- Déterminer la prévalence du VIH et de la syphilis chez les professionnelles du sexe ;
- Évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des professionnelles du sexe ;
- Mesurer les corrélations entre les « Connaissances, Attitudes, Pratiques » et le statut sérologique (VIH, syphilis) des professionnelles du sexe.

Les résultats de l'étude seront utilisés par les acteurs gouvernementaux et non-gouvernementaux pour éclairer la prise de décision, notamment à l'élaboration des prochains Plans Stratégiques Nationaux de réponse aux infections sexuellement transmissibles et au sida à Madagascar.

L'enquête de surveillance comportementale et biologique du VIH et de la syphilis, menée en 2016 auprès des professionnelles du sexe, était réalisée après l'approbation du Comité d'Ethique du Ministère de la santé publique de Madagascar. Il s'agit d'une étude transversale, anonyme et corrélée. La méthode d'échantillonnage a utilisé la technique « Repondent Driven Sampling » (RDS), ayant permis aux participantes de recruter leurs paires. Les échantillons obtenus étaient constitués de N=2 620 professionnelles du sexe, réparties dans onze villes de Madagascar : Antananarivo (n=281), Antsiranana (n=263), Mahajanga (n=242), Toamasina (n=276), Fianarantsoa (n=263), Toliary (n=192), Taolagnaro (n=249), Moramanga (n=263), Antsirabe (n=194), Morondava (n=230) et Nosy Be (n=167).

La recherche quantitative de type combinée comportementale et biologique s'est déroulée entre le 07 Juin et le 15 Juillet 2016 dans des centres de santé publics et privés, précédée d'une recherche qualitative, conduite à partir du 13 janvier 2016. Les indicateurs calculés ont inclus les séroprévalences de l'infection au VIH et de la syphilis et les Connaissances-Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe. Les outils de collecte de données quantitatives comportaient essentiellement un questionnaire comportemental anonyme et corrélé avec les données biologiques et dont le contenu a été validé par le Groupe Technique de Suivi et Evaluation (GTSE). Ces outils ont été préalablement pré-testés et adaptés aux professionnelles du sexe. Le questionnaire comportemental était administré en face-à-face par l'enquêteur après le consentement éclairé de la participante.

Après l'administration du questionnaire, la participante était référée vers le counselor pour un dépistage volontaire et anonyme de l'infection au VIH et de la syphilis. Chaque participante a bénéficié d'un counseling pré-test du VIH, donné par un counselor formé. Après le consentement éclairé de cette dernière, le technicien a réalisé le prélèvement sanguin pour le dépistage du VIH et de la syphilis, dont les résultats étaient communiqués à l'intéressée au cours de la semaine suivante par le counselor. Les participantes positives à la sérologie de la syphilis étaient prises en charge gratuitement au site d'enquête selon le protocole national, tandis que les personnes séropositives au VIH étaient référées au médecin référent de la ville d'enquête, accompagnées par le counselor, pour une prise en charge spécialisée de l'infection au VIH.

Les échantillons sanguins prélevés sur les sites d'enquête étaient analysés aux Laboratoires de Référence Régionaux, qui ont réalisé localement les tests du VIH et de la syphilis selon l'algorithme national. Ainsi, la sérologie de l'infection au VIH a utilisé le test DETERMINE HIV1/2 © dans un premier temps, puis le test UNIGOLD VIH 1/2© pour les échantillons réactifs au premier test. Le test RPR Lab 21© était utilisé pour la sérologie de la syphilis. Tous les échantillons réactifs au RPR étaient testés avec le réactif TPHA Lab 21©. Tous les échantillons étaient ensuite envoyés au Laboratoire National de Référence d'Antananarivo pour le contrôle de qualité externe (CQE).

Afin d'uniformiser la méthode de collecte de données et les techniques d'analyses de laboratoires, les équipes de terrain, composées de responsables de site, d'enquêteurs, de conseillers, de préleveurs et de techniciens de laboratoires étaient invités à Antananarivo pour suivre des formations correspondant à leur responsabilité dans l'ESBC PS 2016.

Les données collectées étaient saisies sur le terrain par les membres de chaque équipe tous les soirs après l'enquête sous le logiciel Ethnos 5.5 ; un logiciel de conception et de traitement d'enquêtes le plus complet et le plus évolué utilisé par l'Agence Capsule. Les données étaient doublement saisies afin de minimiser les erreurs, puis exportées vers Excel pour enfin être analysées avec les logiciels RDSAT⁹ et RDS Analyst¹⁰. Des pourcentages, moyennes et médianes étaient calculés pour déterminer le niveau des indicateurs. Des intervalles de confiance à 95% étaient présentés pour les proportions. La régression logistique binaire était ensuite réalisée sous le logiciel SPSS afin d'étudier les relations de l'infection au VIH et de la syphilis avec les Connaissances-Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe.

Toutes les démarches de l'enquête étaient soumises aux contrôles qualité suivant les engagements pris par l'Agence CAPSULE relatifs aux normes ISO 20252, et qui se fondent sur la norme de référence ISO 9001 pour le management de la qualité. Ainsi, des procédures suivies et mises en pratique tout au long de l'enquête ont permis de donner un niveau de confiance à l'enquête.

L'élaboration des outils de collecte était effectuée par l'équipe technique de l'Agence Capsule, appuyée par celle du SE/CNLS. Les questionnaires étaient relus par les responsables de l'étude de l'Agence CAPSULE puis contrôlés en bout de la chaîne de traitements avant d'être utilisés sur le terrain. Une procédure était schématisée et insérée dans les manuels de formation pour faciliter les travaux de terrain et les supervisions, lesquelles ont été menées par l'équipe de l'Agence CAPSULE au démarrage, à mi-parcours et à la fin des travaux de terrain, puis poursuivies jusqu'aux saisies, apurement et exploitation des données.

⁹ Volz, E.; Wejnert, C.; Cameron, C.; Spiller, M.; Barash, V.; Degani, I.; and Heckathorn, D.D., 2012.

¹⁰ Mark S. Handcock, Ian E. Fellows, Krista J. Gile, 2014

Résumé des résultats

1. L'âge médian des professionnelles du sexe rejointes est de 26 ans. La majorité d'entre elles (86,8%) sont célibataires et ne vivent pas avec un partenaire sexuel. Un peu plus de la moitié (56%) a atteint au moins le niveau d'études secondaires du 1^{er} cycle, 8% n'ont jamais fréquenté l'école, et très peu, 0,3% ont atteint le niveau universitaire.

Prévalence de l'infection au VIH et de la syphilis

2. Le taux de prévalence de l'infection au VIH est passé de 1,3% en 2012 à 5,6% en 2016 pour l'ensemble des professionnelles du sexe résidant ou oeuvrant dans les villes d'étude. Globalement la hausse de la séroprévalence de l'infection au VIH n'est pas statistiquement significative. Cependant, une augmentation significative de la prévalence du VIH est enregistrée chez les PS de Mahajanga (de 3% en 2012 à 22,7% en 2016), à Taolagnaro (de 0% en 2012 à 4,1% en 2016) et à Antsiranana (de 0% en 2012 à 2,9% en 2016). La plus forte prévalence de l'infection au VIH est observée à Mahajanga (22,7%) et la plus basse à Antsirabe (0%).

3. En ce qui concerne la syphilis, la prévalence est restée stable chez les professionnelles du sexe mais reste importante, de 15,8% en 2012, à 12,9% en 2016. On note toutefois une baisse significative de la séroprévalence de la syphilis à Antananarivo : de 23,4% en 2012, à 9,3% en 2016. Elle est très importante à Toamasina et Toliary, dépassant les 20%, tandis qu'à Nosy Be, elle est seulement de 1,7%.

Connaissances – Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe

4. Plus de la moitié (58%) des PS étaient atteintes par le programme de prévention du VIH. On note les plus importantes proportions de PS atteintes par le programme à Moramanga (79%), Antananarivo (77%), et à Antsirabe (68%). A Toamasina, le programme a touché moins de la moitié des PS (38%). Par ailleurs, très peu d'entre elles ont pu être atteintes à Nosy Be (8%).

5. Un pourcentage de 40% de PS ont déclaré avoir subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat. Cette proportion tourne autour de 60% à Antananarivo, Mahajanga et Toliary, mais reste très faible à Nosy Be (6%) et Toamasina (13%). A Antsiranana, Antsirabe, Fianarantsoa et Taolagnaro, environ le tiers des PS ont déclaré avoir subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat.

6. La majorité des PS de 15 à 24 ans (93%) ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel au plus tard à 18 ans, et un peu moins de la moitié (45,3%) l'ont eu au plus tard à 15 ans. On note une proportion élevée de PS ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans à Toamasina

(72%). Pour ces professionnelles du sexe de 15 à 24 ans, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 16 ans.

7. En moyenne, une PS fait 640,2 actes sexuels par an et a 417,2 partenaires sexuels par an. Le nombre moyen d'actes sexuels par an varie de 535,2 (Taolagnaro) à 825,8 (Toliary). Le nombre moyen de partenaires sexuels par an s'élève à 281,5 à Antsiranana, et à 731,6 à Toliary.

8. Le pourcentage de professionnelles du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client est de 63%. Ce pourcentage varie de 26% (Nosy Be) à 86% (Antananarivo). Le taux de protection par le préservatif rapporté lors de rapports sexuels avec le dernier client dépasse les 80% à Antananarivo et Antsirabe. Il tourne autour de 50-60% pour les PS habitant ou œuvrant dans le reste des villes autres que Nosy Be.

9. La proportion de professionnelles de sexe qui affirment avoir utilisé systématiquement le préservatif avec les clients au cours des 30 derniers jours est estimée à 44%. Cette proportion dépasse les 95% à Antananarivo, avoisine les 50% à Fianarantsoa et Morondava. Elle est approximativement de 25% à Antsiranana, Mahajanga et Taolagnaro, et seulement de 7% à Nosy Be.

10. La proportion de professionnelles du sexe qui ont déclaré avoir obtenu gratuitement un condom au cours des 12 derniers mois est élevée dans l'ensemble, estimée à 75,5%. Cette proportion dépasse les 70% à Antananarivo, Antsirabe, Moramanga, Mahajanga, Taolagnaro, Toliary. Pour les PS de Toamasina et de Nosy be, ce pourcentage tourne autour de 50%.

11. La proportion de professionnelles du sexe qui ont consommé de l'alcool et/ou consommé de la drogue au cours des 30 derniers jours s'élève à 65% dans l'ensemble des villes étudiées. Cette proportion est la plus élevée à Morondava (78%), et la plus basse à Mahajanga (54%). A Nosy Be, Antananarivo, Toliary et Mahajanga elle est significativement moins élevée qu'à Morondava, de l'ordre de 60%, 60%, 55% et 54% respectivement.

12. La proportion de professionnelles du sexe qui ont déclaré l'injection de drogues au cours des 12 derniers mois est faible, de l'ordre de 0,2%. Aucune PS n'a rapporté la consommation de drogues injectables au cours des 12 derniers mois à Antananarivo, Antsirabe, Fianarantsoa, Taolagnaro et Toliary.

13. Le pourcentage de professionnelles du sexe ayant subi des formes de stigmatisation ou de discrimination au cours des 12 derniers mois est assez élevé, estimé à 45,5%. Ce pourcentage varie de 23% (Nosy Be) à 57% (Moramanga).

14. Le pourcentage de professionnelles du sexe qui n'expriment pas une attitude discriminatoire envers les PVVIH est de l'ordre de 20%. Ce pourcentage varie de 4% à Nosy Be, à 48% à Morondava.
15. La proportion de professionnelles du sexe ayant présenté au moins une fois des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois est estimée à 34%. La déclaration d'antécédents d'IST est la plus prévalente à Nosy Be (64%), Antsiranana (55%) et à Mahajanga (38%). Elle est moins importante à Fianarantsoa (20%), Antsirabe (21%) et Moramanga (23%).
16. Moins de la moitié des professionnelles du sexe (40%) souhaitent faire un test VIH et retirer le résultat durant le prochain mois. Les pourcentages les plus élevés se trouvent à Antananarivo (60%), Mahajanga (57%), Moramanga (45%), et Morondava (42%). Très peu de PS souhaitent faire un test VIH et retirer le résultat durant le prochains mois à Nosy Be (6%) et Toamasina (13%).
17. Le pourcentage de professionnelles du sexe souhaitant utiliser systématiquement un préservatif masculin avec les clients a atteint 69%. Plus des 2/3 des professionnelles du sexe souhaitent utiliser systématiquement un préservatif masculin avec les clients à Antananarivo, Antsirabe, Antsiranana, Fianarantsoa et Moramanga, et Toamasina, alors que ce taux atteint juste le tiers à Nosy Be (30%).
18. Le pourcentage de professionnelles du sexe souhaitant utiliser systématiquement un préservatif féminin avec les clients est de 19%. Ce pourcentage est relativement faible à Antsiranana (6%), Morondava (6%), Taolagnaro (7%), Mahajanga (7%), et Toliary (15%). Par contre, il est significativement plus élevé à Fianarantsoa (54%), Moramanga (33%), Toamasina (33%), et Antsirabe (30%).
19. La proportion de professionnelles du sexe qui connaissent le condom masculin est élevée, dépassant les 90% dans tous les sites d'enquête. Cependant, on note des variations de proportions significatives selon l'âge : 99% vs 88% chez les moins de 25 ans et les 25 ans et plus.
20. Les résultats montrent que la proportion de professionnelles du sexe qui connaissent le condom féminin est estimée à 59%. Elle varie de 29% à Nosy Be, à 79% à Toliary. Moins de la moitié des professionnelles du sexe connaissent le condom féminin à Antsiranana (34%) et à Nosy Be (29%).
21. Les proportions de professionnelles du sexe qui connaissent un point de vente/distribution de condom masculin et féminin sont élevées, de l'ordre de 100% et de 98% respectivement. La connaissance de point de vente de condom féminin atteint 100% chez les PS provenant de la majorité des villes d'enquête, sauf à Morondava et Taolagnaro.

22. Un quart des professionnelles du sexe (24,6%) peuvent identifier correctement les deux méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et rejettent les trois principales idées fausses concernant la transmission et la prévention du VIH/SIDA. Ce pourcentage est le plus élevé à Moramanga, 43,4%, mais bien moins important à Nosy Be, 7,4%.

23. Le pourcentage de professionnelles du sexe possédant à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH est estimé à 95%. Il dépasse les 95% dans la majorité des sites, sauf à Nosy Be (87%).

24. Le pourcentage de professionnelles du sexe qui connaissent un lieu de dépistage du VIH est relativement élevé, estimé à 70%. Les pourcentages varient significativement dans les villes, passant de 13% à Nosy Be, à 91% à Toliary. Ils dépassent 70% à Antananarivo, Antsirabe, Fianarantsoa, Moramanga et Toliary, tandis qu'à Antsiranana, Mahajanga, Morondava, Toamasina et Taolagnaro, le taux de connaissance de lieu de dépistage du VIH tourne autour de 65%.

25. Les proportions de professionnelles du sexe qui ne connaissent aucun signe d'IST connu chez la femme et chez l'homme sont respectivement de 19% et 24%. On trouve les proportions les plus élevées de professionnelles du sexe qui ne connaissent aucun signe d'IST connu chez la femme et chez l'homme à Nosy Be, autour de 30%. Inversement, on trouve très peu de professionnelles du sexe qui ne connaissent aucun signe d'IST connu chez la femme et chez l'homme à Moramanga, approximativement 1% seulement. La proportion de professionnelles du sexe qui connaissent deux signes d'IST et plus, connus chez la femme est significativement plus importante que la proportion de professionnelles du sexe qui connaissent deux signes d'IST et plus, connus chez l'homme: 70% vs 31%.

26. Le risque d'être séropositive au VIH est de 67% moins importante chez les professionnelles du sexe qui souhaitent utiliser systématiquement le préservatif avec le client, comparativement à celles qui ne le souhaitent pas : OR = 0,33 [0,13-0,84] IC95% ($p < 0,02$). En outre, dans cette population de professionnelle du sexe, avoir un tatouage sur le corps est un prédicteur de l'infection au VIH, OR=3,4 [1,5 – 7,7] IC95% ($p < 0,01$) et de la syphilis, OR= 2,3 [1,4 – 3,6] IC95% ($p = 0,000$).

27. Si on prend Madagascar comme une seule unité d'étude avec les onze sites de collecte de données, la taille de la population des PS est estimée à 53 878 [40 709- 78 161] IC95%.

Dans l'ensemble, les résultats confirment que le profil épidémiologique du VIH est de type concentré à Madagascar. La séroprévalence de l'infection au VIH et de la syphilis est élevée chez les professionnelles du sexe. Une hausse significative de la prévalence de l'infection au VIH a été observée à Mahajanga, Antsiranana et Taolagnaro. Il existe des variations de l'importance de l'épidémie à travers les villes, mais pour toutes les populations des PS des villes d'enquête, il n'existe pas d'évidence qui montre que l'épidémie a regressé. La forte prévalence observée de la syphilis, des antécédents d'IST rapportés, la faible utilisation systématique du préservatif, et la faible fréquence du recours au dépistage du VIH, suggèrent que le risque de propagation de l'infection au VIH menace la population des PS.

La riposte déjà entreprise devrait être renforcée par :

- La mise en place de programme de prévention du VIH, de soins et de traitements adaptés à cette population hautement vulnérable, dont entre autres l'encouragement au diagnostic précoce des IST et du VIH et de leur prise en charge ;
- Les activités motivantes et innovantes, permettant l'acquisition de compétences et des habitudes d'adopter des comportements sécuritaires vis-à-vis de l'infection au VIH chez les PS. Des initiatives d'accompagnement s'adressant aux principaux problèmes de fond (financiers, discriminations par la société) sont recommandées ;
- La conduite de recherche sur la pratique du tatouage et le contexte dans lequel elle s'inscrit au sein de la communauté des professionnelles du sexe.

TABLEAUX RECAPITULATIFS DES RESULTATS

Tableau 1 : Prévalence de l'infection à VIH et de la syphilis chez les professionnelles du sexe N = 260		
N°	INDICATEUR	ESBC 2016 % [IC 95%]
P1	Pourcentage de professionnelles du sexe qui vivent avec le VIH (prévalence du VIH chez les PS)	
	Antananarivo	1,8 [0,4 – 4,0]
	Antsirabe	0,0 [0 – 0]
	Antsiranana	2,9 [0,8 - 6,5]
	Fianarantsoa	1,2 [0,0 - 3,3]
	Mahajanga	22,7 [13,9 - 31,2]
	Moramanga	0,6 [0,0 - 5,7]
	Morondava	7,0 [3,2 - 11,3]
	Nosy Be	9,5 [4,5 - 15,3]
	Toamasina	5,4 [2,9 - 8,1]
	Taolagnaro	4,1 [0,7 - 9,6]
	Toliary	2,7 [0,7 - 5,1]
	Ensemble	5,6 [2,4 - 9,5]
P2	Pourcentage de professionnelles du sexe atteintes de syphilis (prévalence de la syphilis active chez les PS)	
	Antananarivo	9,3 [5,4 – 13,9]
	Antsirabe	8,2 [4,1 – 13,2]
	Antsiranana	9,0 [3,9 – 15,7]
	Fianarantsoa	12,8 [8,2 – 17,5]
	Mahajanga	10,8 [6,5 – 15,0]
	Moramanga	12,5 [8,0 – 17,0]
	Morondava	6,6 [2,7 – 12,1]
	Nosy Be	1,7 [0,0 – 6,9]
	Toamasina	23,3 [14,2 – 28,6]
	Taolagnaro	15,1 [7,9 – 21,3]
	Toliary	26,4 [18,0 – 34,5]
	Ensemble	12,8 [7,6 - 17,8]
	Pourcentage de professionnelles du sexe présentant une co-infection aux VIH et syphilis	
	Antananarivo	0,0
	Antsirabe	0,0
	Antsiranana	0,0
	Fianarantsoa	0,0
	Mahajanga	1,5 [0,1 – 3,5]
	Moramanga	0,0
	Morondava	0,7 [0,0 – 4,0]
	Nosy Be	0,0
	Toamasina	23,3 [14,2 – 28,6]
	Taolagnaro	2,3 [0,3 – 5,7]
	Toliary	0,6 [0,0 – 1,8]
	Ensemble	0,7 [0,0 - 2,0]

Tableau 2 : Attitudes, Pratiques et Programme de prévention destiné aux ppoluations clés N=2620

N°	INDICATEUR	ESBC 2016 % [IC 95%]
P3	Pourcentage de professionnelles du sexe atteintes par les programmes de prévention du VIH ;	57,5 [49,6 - 66,4]
P3a	Taille estimée de la population des PS dans les onze villes d'enquête	Nombre 53 878 [40709 - 78 161]
P4	Pourcentage de professionnelles du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	40,2 [32,3 – 49,9]
P5	Proportion de professionnelles du sexe de 15 à 24 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels au plus tard à 15 ans	45,3 [28,7-63,2]
P5b	Proportion de professionnelles du sexe de 15 à 24 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel au plus tard à 18 ans	93,1 [82,8-99,3]
P6	Age médian des professionnelles du sexe de 15 à 24 ans aux premiers rapports sexuels	Médiane : 16
P7	Nombre d'actes sexuels par professionnelles de sexe par an	Moyenne: 640,2
P8	Nombre de partenaires sexuels par professionnelles de sexe par an	Moyenne: 417,2
P9	Pourcentage de professionnelles du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	62,7 [55,9 - 70,6]
P10	Proportion de professionnelles de sexe qui ont utilisé systématiquement un préservatif avec les clients au cours des 30 derniers jours	44,2 [38,2 - 52,0]
P11	Proportion de professionnelles du sexe qui ont obtenu gratuitement un condom au cours des 12 derniers mois	75,5 [68,2 - 83,8]
P12	Proportion de professionnelles du sexe qui ont consommé de l'alcool et/ou consommé de la drogue au cours des 30 derniers jours	64,8 [57,8 - 71,8]
P13	Proportion de professionnelles du sexe qui ont consommé de la drogue injectable au cours des 12 derniers mois	0,2 [0,0 - 0,7]
P14	Pourcentage de professionnelles du sexe ayant subi des formes de stigmatisation ou de discrimination au cours des 12 derniers mois	45,5 [38,0 - 53,7]
P15	Pourcentage de professionnelles du sexe qui n'expriment pas une attitude discriminatoire envers les PVVIH	19,6 [14,8 - 25,9]
P16	Pourcentage de professionnelles du sexe ayant présenté au moins une fois des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois	34,1 [26,2 - 42,1]
P17	Pourcentage de professionnelles du sexe souhaitant faire un test VIH et retirer le résultat durant le prochains mois	40,4 [32,3- 50,0]
P18	Pourcentage de professionnelles du sexe souhaitant utiliser systématiquement un préservatif masculin avec les clients	69,3 [65,2 – 74,5]
P19	Pourcentage de professionnelles du sexe souhaitant utiliser systématiquement un préservatif féminin avec les clients ;	19,4 [13,9 – 25,7]

Tableau 3: CONNAISSANCES VIS-A-VIS DE L'INFECTION A VIH ET DES IST, N=2620

N°	INDICATEUR	ESBC 2016 % [IC 95%]
P20	Proportion de professionnelles du sexe qui connaissent le condom masculin	98,3 [94,4-99,9]
P21	Proportion de professionnelles du sexe qui connaissent le condom féminin	59,4 [51,1 – 67,8]
P22	Proportion de professionnelles du sexe qui connaissent un point de vente/distribution de condom masculin	100,0 [100,0 – 100,0]
P23	Proportion de professionnelles du sexe qui connaissent un point de vente/distribution de condom féminin	98,2 [96,3 – 99,7]
P24	Pourcentage de professionnelles du sexe qui peuvent identifier correctement les deux méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les trois principales idées fausses concernant la transmission et la prévention du VIH/SIDA (par sexe)	24,6 [18,6 – 32,5]
P25	Pourcentage de professionnelles du sexe possédant à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH (réponse spontanée)	98,0 [95,9 – 99,3]
P26	Pourcentage de professionnelles du sexe qui connaissent un lieu de dépistage VIH	70,0 [63,5 – 75,0]
P27	Proportion de professionnelles du sexe selon le nombre de signes d'IST connus chez la femme	
	Ne connaît aucun signe	18,8 [12,3 – 25,5]
	Connaît un signe	11,8 [7,3 – 16,9]
	Connaît 2 signes et plus	69,5 [62,3 – 76,9]
P28	Proportion de professionnelles du sexe selon le nombre de signes d'IST connus chez l'homme	
	Ne connaît aucun signe	23,6 [16,6 – 30,6]
	Connaît un signe	44,6 [37,5 – 52,6]
	Connaît deux signes et plus	31,7 [25,2 – 38,4]

I. INTRODUCTION

Madagascar fait partie des pays d'Afrique sub-saharienne présentant une faible prévalence de l'infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). L'ONUSIDA estime la séroprévalence du VIH à 0,2% dans la population générale de 15 à 49 ans (Estimation and Projection Package Madagascar 2016). Les enquêtes de surveillance du VIH menées auprès des sous-groupes de populations vulnérables ont révélé que l'épidémie de l'infection au VIH était concentrée chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), atteignant un taux de séroprévalence de 14,8%¹¹ et chez les Consommateurs de Drogues Injectables, avec une prévalence de 7,1%¹² L'enquête de surveillance bio-comportementale des PS réalisée en 2012 a rapporté une séroprévalence du VIH de 1,3% dans cette population¹³.

Les résultats de différentes études biologiques et sérologiques réalisées auprès de petits groupes de femmes ont montré que les IST restaient constamment prévalentes dans la population des professionnelles du sexe¹⁴ Par exemple, en 2001, des chercheurs ont détecté 49% d'infections cervicales chez 94 professionnelles du sexe¹⁵ Une étude publiée en 2007 sur la promotion de préservatifs masculins et féminins à Antananarivo et Toamasina, a rapporté 40% de professionnelles du sexe atteintes d'au moins une IST¹⁶ Dans la ville d'Antananarivo, la prévalence de l'infection gonococcique était estimée à 27% dans la communauté des femmes exerçant en cachette la profession du sexe¹⁷ La forte prévalence des IST au sein de la population des professionnelles du sexe était confirmée dans le cadre des enquêtes de surveillance successives, qui ont rapporté des taux de séroprévalence de la syphilis atteignant 15,6% en 2010 et 15,8% en 2012¹⁸ Etant donné que les IST constituent une porte d'entrée et un facteur facilitant la transmission du VIH, la population des professionnelles du sexe sont vulnérables à une propagation rapide de l'infection au VIH.

¹¹ SE/CNLS: ESBC 2010

¹² SE/CNLS : ESBC 2012.

¹³ ESBC : 2012

¹⁴ (Behets, 2001, Behets, 2003; Hoke, 2007; Harijaona 2009).

¹⁵ (Behets, 2001).

¹⁶ (Hoke, 2007).

¹⁷ (Harijaona, 2009).

¹⁸ (ESBC PS, 2010; ESBC PS, 2012).

L'an 2000, l'ONUSIDA et l'OMS ont préconisé la Surveillance de Seconde Génération pour le suivi de l'épidémie de l'infection au VIH à l'échelle mondiale. Il s'agit d'instaurer des systèmes de surveillance fiables adaptés au profil épidémiologique de l'infection au VIH de chaque pays¹⁹ Madagascar est caractérisé par une épidémie de l'infection au VIH faible mais concentrée. Par conséquent, il est recommandé d'étudier la tendance de la séroprévalence de l'infection au VIH et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) au sein des Populations Clés les plus exposées aux risques (PCPER), tout en observant les comportements de ces populations.

En réponse à l'évolution de cette épidémie concentrée de l'infection au VIH à Madagascar, le Plan Stratégique National pour une réponse efficace face au VIH et au Sida 2013 – 2017 a priorisé les initiatives impliquant des populations clés et les groupes en situation de vulnérabilité. L'observation d'une prévalence constamment élevée des IST dans la population des professionnelles du sexe justifie l'initiative de surveiller périodiquement la prévalence du VIH, de la syphilis et des comportements à risque des PS, en générant des évidences permettant d'adapter la riposte et de préciser l'allocation des ressources.

La recherche de stratégie d'enquête la mieux adaptée et la plus fiable constitue toujours un défi lors des surveillances de l'épidémie du VIH et des IST, notamment quand une partie de la population à étudier est cachée ou difficilement accessible. Dans le cas des professionnelles du sexe, les méthodes d'échantillonnage aléatoire traditionnelles utilisées pour obtenir un échantillon représentatif étaient difficilement applicables sur le terrain car il est difficile d'atteindre les femmes exerçant la profession du sexe mais qui ne voulaient pas que les membres de leur famille le sachent. La base de sondage était pratiquement inexistante.

Madagascar a réalisé trois séries d'enquêtes de surveillance comportementale en 2004, 2006 et 2008 et de surveillance immunologique en 2005, 2007 et 2010 auprès des professionnelles du sexe. Comme les recrutements des populations à l'étude étaient effectués de façon passive au niveau des centres de santé, des sites sentinelles et des lieux de rencontre avec leurs clients, les professionnelles du sexe difficiles d'accès ou exerçant la profession du sexe en cachette étaient sous représentées. Par ailleurs, ces enquêtes de surveillance étaient réalisées séparément et les

¹⁹ (ONUSIDA/OMS, 2000).

données comportementales n'étaient pas corrélées avec les données immunologiques. Bien qu'elles aient offert l'opportunité d'observer les comportements de la population clé à l'étude et d'apprécier ponctuellement la prévalence de l'infection au VIH, elles ne permettaient pas d'étudier les relations entre les comportements à risque et la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe.

Madagascar a réalisé une enquête de « Surveillance de deuxième génération » combinant la surveillance comportementale et biologique auprès des professionnelles du sexe en 2012²⁰. Cette ESBC a utilisé la méthode « Respondent Driven Sampling » (RDS) afin de rejoindre les personnes cachées difficiles d'accès (ESBC PS, 2012). Bien qu'elle ait permis d'étudier la prévalence de l'infection au VIH au sein des professionnelles du sexe de dix villes de Madagascar, elle n'a pas inclus la ville de Nosy Be, qui faisait partie des zones géographiques classées fortement vulnérables face à la propagation du VIH/Sida²¹, limitant la disponibilité de données permettant d'éclairer la réponse aux IST et VIH dans cette ville.

En outre, il était difficile de comparer les résultats d'enquêtes de surveillance du VIH successives parce que les méthodologies utilisées étaient différentes. Par exemple, les résultats comportementaux et biologiques de l'ESBC menées auprès des professionnelles du sexe en 2012 ne pouvaient pas être comparés avec ceux des enquêtes de surveillance de 2008 et de 2010²². Lors de l'ESC 2008 et de l'ESB 2010, les professionnelles du sexe enquêtées ont été identifiées sur leur lieu de travail. Cette démarche n'a permis d'enquêter que des professionnelles du sexe présentes aux endroits accessibles (exemples : rue, bars, restaurants et boîte de nuit). L'ESBC 2012 a par contre utilisé la méthode d'échantillonnage RDS, permettant aux participantes de recruter les paires membres de leur réseaux, incluant les professionnelles du sexe supposées cachées n'exerçant pas la profession du sexe ni dans la rue, ni aux endroits habituels accessibles au grand public²³.

²⁰ ESBC, 2012.

²¹ MSIS, 2013

²² ESC TDS, 2008 ; ESB, 2010

²³ ESBC PS, 2012.

Madagascar a vécu des crises sociopolitiques cycliques dont la plus récente remonte en 2009. Cette dernière a engendré un déclin socioéconomique avec des répercussions humaines importantes et des conséquences ayant pénalisé le financement de santé. La décroissance du revenu national brut par habitant observée entre 2005 et 2014²⁴ ; la hausse du taux d'inflation, de 5,8% en 2013, puis de 7,4% en 2015²⁵; les taux d'abandon scolaire très élevés, entre 16,4% à 18,7% enregistrés entre 2009 et 2013 et la baisse des dépenses relatives au programme de réponse au VIH/sida à Madagascar²⁶, pouvaient avoir influencé les comportements de la population, compromis l'intensité et la qualité de la riposte, et par la suite, changé le cours de l'épidémie de l'infection au VIH. Un risque d'explosion de l'épidémie est à craindre à tout moment, notamment au sein des populations clés.

Afin de mieux suivre la tendance de l'épidémie de l'infection au VIH et les comportements exposant les professionnelles du sexe au risque de propagation du VIH, une ESBC 2016 était menée en utilisant la méthode RDS, recommandée pour les enquêtes de surveillance de l'infection au VIH et des IST, chez les populations difficilement accessibles. L'enquête a ciblé des professionnelles du sexe de onze villes réparties dans tout le pays, lesquelles ont été identifiées à partir des sites d'enquête de l'ESBC de 2012 : Antananarivo, Antsiranana, Mahajanga, Toamasina, Toliary, Fianarantsoa, Taolagnaro, Moramanga, Antsirabe, Morondava. Le site de Nosy Be a été ajouté à la liste, étant donné que la proportion des professionnelles du sexe par rapport à la population féminine sexuellement active y est conséquente²⁷.

²⁴ UNDP, 2016

²⁵ INSTAT, 2014 ; INSTAT, 2017

²⁶ MEN, 2015, SE/CNLS, 2014

²⁷ SE/CNLS, 2014

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

II.1. Objectifs généraux

Les objectifs généraux de cette étude combinée consistent à :

- Suivre les tendances de l'épidémie VIH à Madagascar à travers la surveillance combinée « comportementale et biologique » auprès des professionnelles de sexe ;
- Fournir les informations utiles pour améliorer la connaissance de l'épidémie du VIH et orienter la réponse nationale ;
- Et effectuer l'estimation des tailles des professionnelles de sexe dans les localités de l'étude.

II.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence du VIH et de la syphilis chez les professionnelles du sexe ;
- Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des professionnelles du sexe ;
- Mesurer les corrélations entre les « Connaissances, Attitudes, Pratiques » et le statut sérologique (VIH, syphilis) des professionnelles du sexe.

Hypothèses

- La prévalence de l'infection au VIH et de la syphilis a augmenté chez les professionnelles du sexe, comparativement aux résultats de l'ESBC menée auprès de cette population en 2012 ;
- Les comportements à risque sont prévalents dans cette population.

Pertinence et retombées

Les résultats de l'étude seront utilisés pour éclairer la prise de décision des acteurs gouvernementaux et non-gouvernementaux à l'élaboration du prochain Plan Stratégique National de réponse aux infections sexuellement transmissibles et au sida à Madagascar. Ils permettront d'ajuster l'allocation des ressources afin de faire face à l'épidémie de l'infection au VIH et des IST chez les professionnelles du sexe à Madagascar.

Les données de prévalence seront utiles pour calculer la taille d'échantillon d'une même population pour les études ultérieures. Elles vont permettre d'effectuer des comparaisons avec d'autres enquêtes de surveillance comportementale et biologique menées auprès des professionnelles du sexe.

Ce travail voudrait documenter les leçons apprises utiles pour améliorer la qualité d'autres enquêtes de surveillance comportementale et biologique à réaliser auprès de populations difficiles d'accès.

III. METHODOLOGIE

Cette section présente en détail la méthodologie adoptée pour réaliser l'enquête et de la méthode qui a été utilisée pour l'estimation de la taille de la population de l'enquête (Unique Object Multiplier Method).

La mise en œuvre de l'Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique de l'infection au VIH et de la syphilis (ESBC) a nécessité l'application de procédures relatives à la méthodologie RDS. Il s'agit d'une technique d'échantillonnage probabiliste. Elle a été conçue pour obtenir des échantillons de populations cachées et difficiles à atteindre comme les PS, les HSH et les CDI. Pour ce faire, les résultats de la recherche formative, qui précédait l'enquête quantitative, ont été utilisés.

L'enquête était réalisée après l'approbation du Comité d'Ethique du Ministère de la santé publique de Madagascar, et avant le début de l'enquête, le Ministère de la Sécurité Publique a été avisé de sa tenue afin de minimiser les dommages causés aux participants.

Les professionnelles du sexe ont recruté leurs paires en générant des chaînes de recrutement ou vagues, constituant des échantillons de N=2 620 professionnelles du sexe réparties dans onze villes de Madagascar : Antananarivo (n=281), Antsirabe (n=194), Antsiranana (n=263), Fianarantsoa (n=263), Mahajanga (n= 242), Toamasina (n= 276), Toliara (n= 192), Taolagnaro (n= 249), Moramanga (n= 263), Morondava (n=230) et Nosy Be (n=167).

L'ESBC PS 2016 s'est déroulée en trois étapes :

- *La recherche formative* est réalisée à partir du 13 janvier 2016 au 27 février 2016. Il s'agit d'une investigation qualitative menée préalablement auprès des consommateurs de drogues injectables et de leurs parties prenantes, puis continuée tout au long de l'ESBC. Elle avait pour but de collecter des informations permettant d'éclairer les décisions et d'adapter la mise en œuvre de la recherche quantitative aux besoins de la population à l'étude et des parties prenantes.
- *La collecte de données sur terrain* est menée 07 Juin au 15 Juillet 2016 au niveau des formations sanitaires sélectionnées lors de la recherche formative. Il s'agit de la période de collecte de données quantitatives comportementales et biologiques proprement dites. Les échantillons sanguins collectés sont acheminés vers les laboratoires régionaux de référence qui ont réalisé les analyses immunologiques
- *Traitement et analyse des données* : les données collectées étaient saisies sur le terrain par les membres de chaque équipe tous les soirs après l'enquête sous le logiciel Ethnos 5.5. les données étaient doublement saisies afin de minimiser les erreurs, puis exportées vers Excel

pour enfin être analysées avec les logiciels RDSAT²⁸ et RDS Analyst²⁹. Des pourcentages, moyennes et médianes étaient calculés pour déterminer le niveau des indicateurs. Des intervalles de confiance à 95% étaient présentés pour les proportions. La régression logistique binaire était ensuite réalisée sous le logiciel SPSS afin d'étudier les relations de l'infection au VIH et de la syphilis avec les Connaissances-Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe en utilisant les poids d'enquête générés par RDSAT pour l'infection par le VIH et la syphilis. Seules les variables associées à une infection par le VIH à un niveau de significativité $p < 0,05$ ont été retenues dans le modèle.

III.1. Population à l'étude et sites d'enquête

III.1.1 Population

La population à l'étude était constituée de professionnelles du sexe de sexe féminin qui échangeaient habituellement des rapports sexuels avec leurs partenaires contre de l'argent ou des biens en nature et qui se reconnaissent comme telles.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Femmes de nationalité Malagasy ;
- Avoir au moins 15 ans au moment de l'enquête, les personnes âgées de 15-17 ans étant des mineures émancipées³⁰, acceptant après consentement de participer à l'interview et au prélèvement sanguin ;
- Ayant pratiqué le commerce de sexe dans les six derniers mois précédant l'enquête ;
- Œuvrant ou résidant dans la ville d'enquête.

Etaient exclues de l'étude :

- Toute professionnelle du sexe ayant déjà participé à la présente enquête ;
- Les transsexuelles et transgenres pratiquant le commerce du sexe ;
- Toute professionnelle du sexe n'ayant pas de coupon de recrutement.

²⁸ Volz, E.; Wejnert, C.; Cameron, C.; Spiller, M.; Barash, V.; Degani, I.; and Heckathorn, D.D., 2012.

²⁹ Mark S. Handcock, Ian E. Fellows, Krista J. Gile, 2014

³⁰ La loi 2005-040 stipule que les conseils et test VIH peuvent être offerts aux mineurs si l'intérêt supérieur de l'enfant l'exige ou s'il s'agit de mineur émancipé

III.1.2. Sites d'enquête

L'ESBC du VIH et de la syphilis chez les professionnelles du sexe de 2016 était réalisée au niveau des sites d'enquête pré-identifiés dans onze villes de Madagascar. Les sites étaient sélectionnés selon les critères suivants :

- Formation sanitaire ayant un taux de fréquentation suffisamment élevé permettant le recrutement dans un délai défini de 60 jours d'un nombre suffisant de professionnelles du sexe;
- Situation dans une zone géographique classée vulnérable à la propagation de l'infection au VIH selon la cartographie programmatique de 2014³¹ ;
- Prestations de services de conseils et test VIH volontaires fournis quotidiennement pour les de professionnelles du sexe;
- Possibilité de réaliser des prélèvements de sang dans le cadre d'examens de routine;
- Existence d'une chaîne de froid pour la conservation et le stockage des échantillons de sérum et des réactifs;
- Existence d'un personnel en nombre suffisant prêt à collaborer et techniquement capable d'assurer les activités de surveillance biologique;
- Proximité de centres de référence pour la prise en charge en cas de VIH ;
- Accessibilité géographique du site durant la période de l'enquête.

Onze sites d'enquête situés dans les villes déterminées par le Plan Stratégique National étaient alors retenus :

- . **Antananarivo** : Bureau Municipal d'Hygiène (BMH), Isotry
- . **Antsirabe** : CSB II Atsinanantsena
- . **Antsiranana** : Centre de Santé de Base urbaine de Tanambao ;
- . **Fianarantsoa** : BMH Anjoma
- . **Mahajanga** : Centre de Santé Intégré de Mahabibo ;
- . **Moramanga** : CSB II Ami des Jeunes, Ambohimandroso ;
- . **Morondava** : CSB II Urbain de Morondava ;
- . **Toamasina**: Centre de convivialité de l'Hopitaly kely ;

³¹ Résultats de la cartographie programmatique 2014

- . **Nosy Be**: Centre privé de la Croix Rouge Malagasy et de l'Association Malgache contre le Diabète (AMADIA) ;
- . **Taolagnaro**: CTV CHRR Amboananto Taolagnaro;
- . **Toliary** : CSB II Tsimenatse.

Les laboratoires régionaux de référence ou de proximité suivants ont été sélectionnés pour effectuer localement les analyses de laboratoire : le LRR Analamanga (Antananarivo) ; le LRR DIANA (Antsiranana) ; le LRR Haute Matsiatra qui se trouve dans la CHU Tambohobe (Fianarantsoa); le LRR Boeny situé dans le CHU Androntra (Mahajanga) ; le laboratoire du CHRD Moramanga (Moramanga) ; le LRR Menabe, intégré au CHRR Namahora (Morondava) ; le CRTS Toamasina (Toamasina) ; le laboratoire du CHRR Andavakotoko (Nosy Be) ; le LRR Anosy, intégré au CHRR Amboanato (Taolagnaro) ; le LRR Atsimo Andrefana, intégré au CHU Tanambao (Toliary).

III.2. Etape préparatoire : Recherche formative

La mise en œuvre de cette enquête quantitative combinée était précédée d'une recherche formative de type qualitatif dont les objectifs consistaient à:

- (i) Obtenir des renseignements sommaires sur le milieu des professionnelles du sexe, sur les types et sous-groupes existants, leurs habitudes, les caractéristiques qui permettaient de les distinguer ;
- (ii) Avoir une idée de taille de la population à l'étude et la densité des réseaux de chaque site ;
- (iii) Appréhender les conditions d'acceptabilité de l'enquête par les professionnelles du sexe;
- (iv) Connaître les termes et langages à utiliser lors de la collecte des données quantitatives ;
- (v) Identifier les formations sanitaires d'implantation des sites d'interview et les laboratoires qui vont réaliser les tests biologiques sur place;
- (vi) Connaître les jours et horaires d'ouverture des sites et des laboratoires;
- (vii) Pré-identifier les professionnelles du sexe susceptibles de faire de bonnes « graines » ;
- (viii) Faire l'état des lieux des laboratoires régionaux susceptibles d'assurer les analyses de laboratoire de l'ESBC 2016 et identifier les ressources humaines de laboratoire compatibles à la réalisation de ces analyses.

La méthodologie utilisée a eu recours aux:

- Revue documentaire : étude bibliographique portant sur des documents et des rapports disponibles auprès des responsables d'institutions publiques et privées ;
- Interviews avec les informateurs clés : les informateurs clés interviewés étaient les autorités locales, les responsables d'institutions publiques et privées concernées par la réalisation de l'ESBC 2016, les responsables d'ONG et les personnes s'occupant ou proches des professionnelles du sexe ;
- Focus group et interview de groupe auprès des professionnelles du sexe ;
- Interviews des professionnelles du sexe permettant l'évaluation et l'identification des personnes susceptibles de faire de bonnes « graines » ;
- Des réunions de travail avec des échanges de mail ont été organisées entre l'Agence CAPSULE et les membres du Groupe Technique de Suivi & Evaluation. Ces réunions avaient pour but de préparer, de coordonner l'étude et ont été menées selon un processus participatif et itératif ayant impliqué un comité technique composé de représentants de différentes Directions du Ministère de la santé et du Planning familial, des différents Ministères, de l'UNICEF, de l'ONUSIDA.

Les étapes suivantes ont été suivies:

- L'élaboration et la présentation des outils de collecte de données : manuel des enquêteurs sur terrain, guide d'entretien et de discussion, grille d'évaluation (grains, site, personnels de santé), fiche de criblage, et divers checklists ;
- La définition de l'agenda de travail ;
- La finalisation et validation des outils.
- L'atelier de formation consacré aux enquêteurs sélectionnés avait pour but d'avoir une meilleure compréhension des objectifs à atteindre durant la recherche formative et de donner les éléments nécessaires aux enquêteurs pour qu'ils puissent réussir la collecte de données sur le terrain. Les sessions de formation théoriques et pratiques s'étalaient sur six (06) jours continus et se sont déroulées du 13 au 18 Janvier 2016 au FOFIKRI Ilafy Antananarivo
- A la fin de la formation, les guides d'interview étaient pré-testés auprès des PS afin de les adapter à la culture des participantes. Des ajustements ont été effectués sur les outils, notamment les formulaires d'évaluation des graines, des conseillers et des préleveurs.

- Des guides d'entretien destinés aux informateurs clés et des guides de discussion de groupe préalablement pré-testés, des grilles d'évaluation (graines, sites, personnels de santé, laboratoires, techniciens de laboratoires), des fiches de criblage, et divers checklists ont été utilisés pour collecter les données qualitatives nécessaires pour guider la mise en œuvre de la recherche quantitative
- Les enquêteurs d'Agence Capsule ont procédé à la recherche formative au niveau communautaire et au niveau des formations sanitaires, tandis que les données qualitatives provenant des laboratoires étaient collectées par l'équipe du Laboratoire National de Référence, assistée par un enquêteur de l'Agence Capsule.

III.3. Méthode d'échantillonnage de l'enquête quantitative

La méthode « Respondent driven sampling », recommandée pour l'échantillonnage et le recrutement des populations difficiles d'accès³² était utilisée pour recruter les participants.

III.3.1. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon estimée devrait permettre de détecter tout changement statistiquement significatif d'au moins 15% pour les indicateurs retenus. En fixant un niveau de confiance à 95% et une précision relative à 5%, la taille de l'échantillon de la population cible est donnée par l'équation :

$$\text{Où : } n = D \frac{\left[Z_{1-\alpha} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_2 - P_1)^2}$$

n = la taille minimale de l'échantillon

D = l'effet de conception ;

P₁ = la valeur initiale de l'indicateur ;

P₂ = valeur escomptée de l'indicateur à la prochaine période d'étude ;

(P₂-P₁) = envergure de la variation que l'on veut mesurer ;

P = (P₁+P₂)/2 ;

Z_{1-α} = écart réduit correspondant au degré de signification voulu = 1,645 pour α = 0,05 (exprimant le fait qu'un changement observé n'est pas le fait du hasard) ;

Z_{1-β} = écart réduit, correspondant à la capacité de détection = 0,84 pour β = 0,20 (exprimant le fait qu'un changement survenu est effectivement détecté).

³² Malekinejad, M., 2008 ; SE/CNLS, 2012, ESBC CDI 2012

La valeur de P1 correspond au pourcentage de CDI déclarant avoir fait le test de dépistage du VIH et ayant reçu le résultat.

Le tableau suivant présente la taille calculée d'échantillons de professionnelles du sexe nécessaires dans chaque ville afin d'obtenir une précision optimale des estimés et la taille d'échantillons effectivement recrutés par ville d'enquête.

<u>: Taille calculée d'échantillons de professionnelles du sexe nécessaires et nombre d'échantillons effectivement recrutés</u>			
Villes d'étude	Taille calculée d'échantillons de Professionnelles du sexe	Nombre de Professionnelles du sexe effectivement recrutées	Réalisations de recrutement sur terrain
Antananarivo	271	281	103,7%
Antsirabe	174	194	111,5%
Antsiranana	261	263	100,8%
Fianarantsoa	260	263	101,2%
Mahajanga	257	242	94,2%
Moramanga	261	263	100,8%
Morondava	251	230	91,6%
Toamasina	264	276	104,5%
Nosy Be	267	167	62,5%
Taolagnaro	257	249	96,9%
Toliary	177	192	108,5%
Ensemble	2700	2620	97,0%

III.3.2. Procédure d'échantillonnage RDS³³

Le RDS, appelé également échantillonnage déterminé par les répondants, qui est la méthode recommandée pour les études auprès de sous-groupes de population difficiles à joindre, était utilisé pour mettre en œuvre l'enquête quantitative. Les recrutements étaient effectués par les paires, réalisant une chaîne de recrutement des personnes membres de la communauté à l'étude. Cette chaîne a abouti à la constitution de l'échantillon de l'enquête. La première personne recrutée appelée « graine ou germe » (seed), qui était recrutée de façon non aléatoire parmi les professionnelles du sexe, a participé à l'enquête comme toutes les autres participantes (répondre au questionnaire de l'enquête comportementale et se soumettre au prélèvement sanguin en vue des tests biologiques), a procédé au recrutement de ses paires qui ont constitué la première vague (wave) de la chaîne. À son tour, cette première vague a recruté ses paires qui ont composé la deuxième vague. Les différentes vagues ainsi formées représentaient une chaîne et l'association

³³ SE/CNLS, ESBC PS, 2012; ESBC CDI, 2012; CDC, 2012; University of California in San Fransisco, 2014.

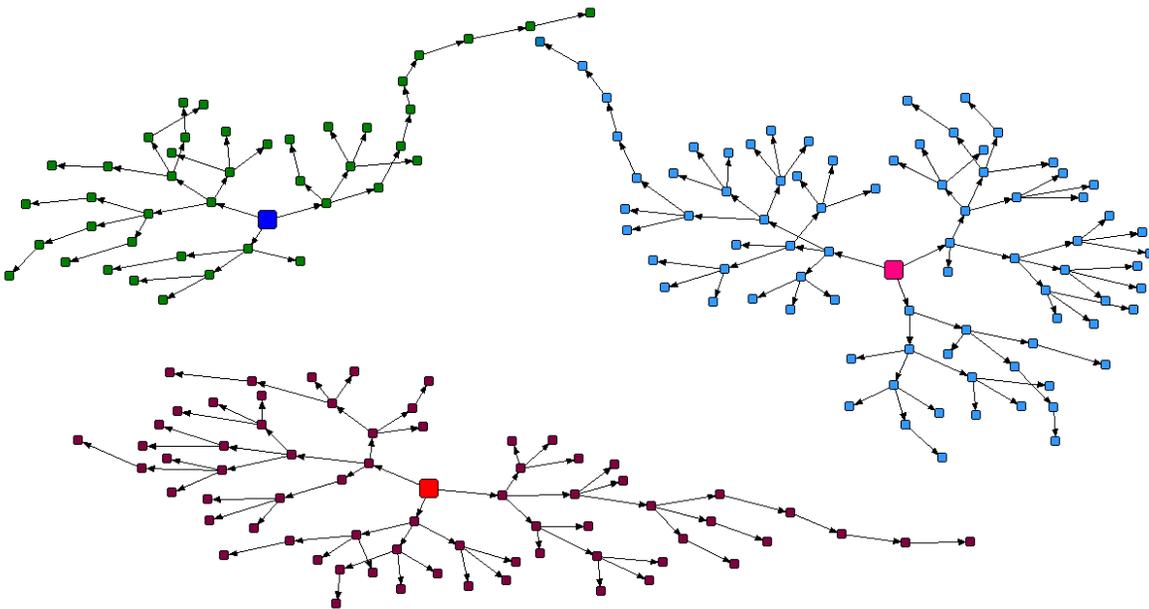
des chaînes ont formé l'échantillon de l'enquête. Chaque recruteuse disposait de coupons d'invitation pour pouvoir recruter au plus trois autres personnes. Il convient de noter que les personnes qui ont participé au recrutement, en plus d'être éligibles et d'avoir une bonne connaissance du réseau des professionnelles du sexe, ont reçu des compensations.

Après la synthèse des réponses fournies par les professionnelles du sexe, les critères retenus pour le choix des « graines » étaient les suivants:

- Avoir la plus grande taille de réseau parmi les professionnelles du sexe interviewées ;
- Etre capable de mobiliser ses paires ;
- Etre appréciée par ses paires et ne pas avoir de mauvaise réputation auprès de ses paires ;
- Appartenant à l'une des catégories de professionnelles du sexe identifiées : professionnelles du sexe de luxe, professionnelles du sexe travaillant dans les boîtes de nuit/karaoké/restaurant/chambres d'hôtels ou salons de massage, professionnelles du sexe de rue.

La méthode RDS peut être illustrée par le « procédé de Markov » présenté dans les figures 1 à ci-dessous.

Figure 1 : Graines, vagues et chaînes de recrutement à Antsirabe³⁴



³⁴ Borgatti, S.P., Everett, M.G. and Freeman, L.C., 2002

Figure 2 : Graines, vagues et chaines de recrutement à Toamasina³²

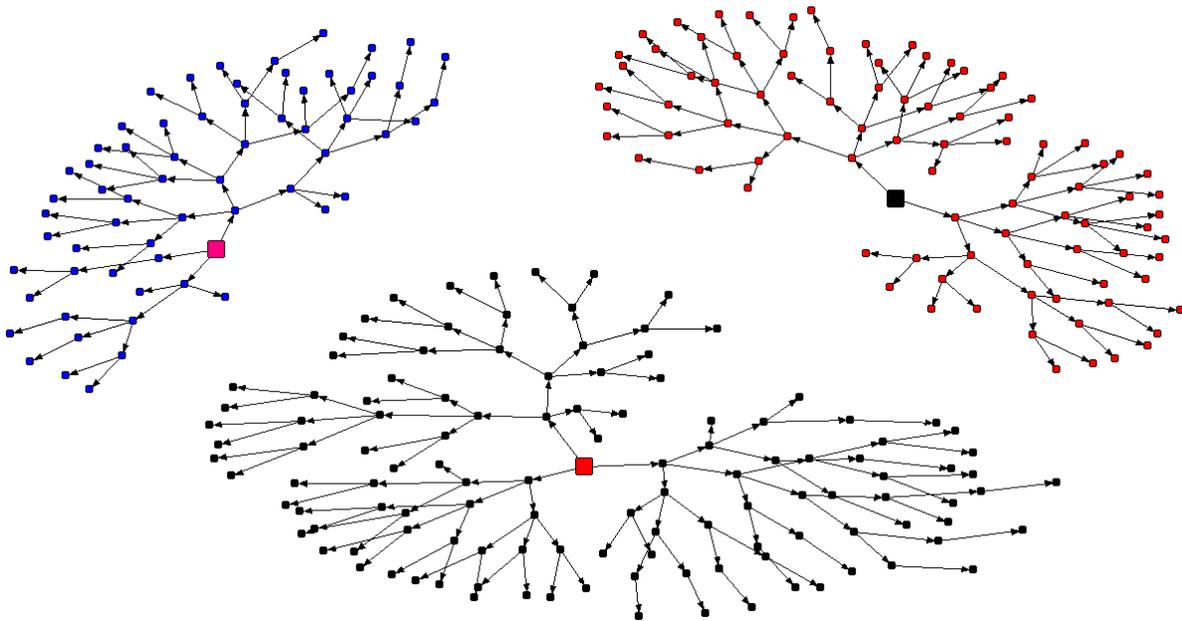
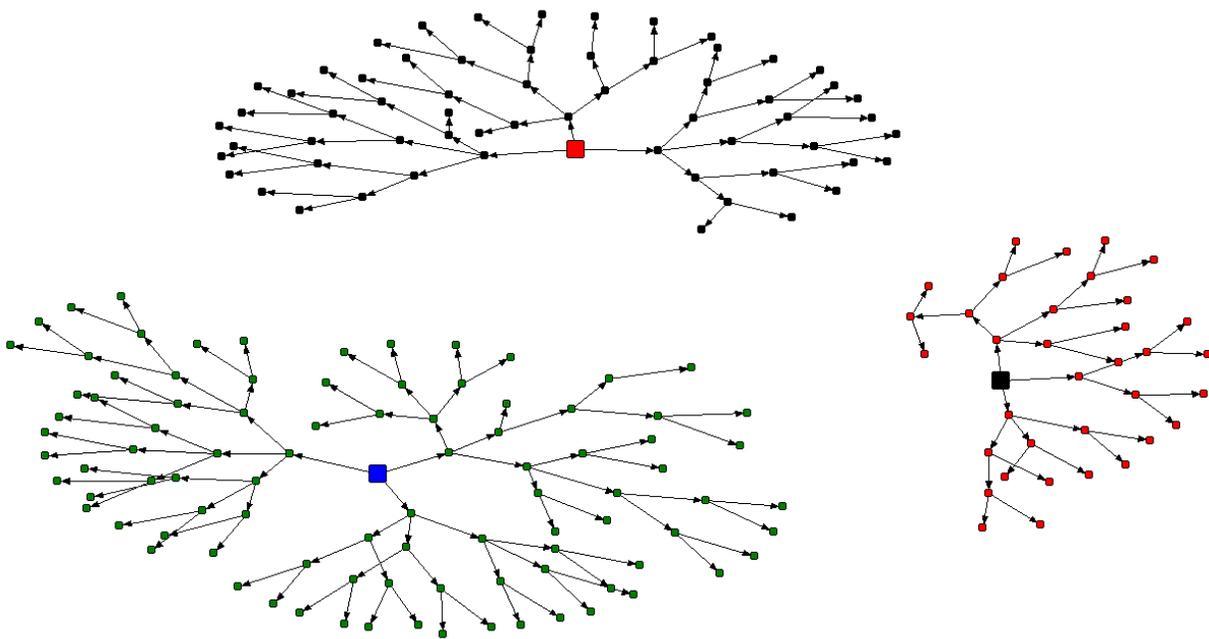


Figure 3 : Graines, vagues et chaines de recrutement àToliary³⁵



³⁵ Borgatti, S.P., Everett, M.G. and Freeman, L.C. ,2002

III.4. Méthode d'estimation de la taille de la population³⁶

L'estimation de la taille de la population des professionnelles du sexe a utilisé une méthode scientifique appelée « Unique Object Multiplier Method ». Elle consistait à distribuer aux professionnelles du sexe des objets spécifiquement conçus pour l'enquête, présentés sous forme de «porte-clés», deux semaines avant le début de la collecte des données quantitatives. La distribution d'objets uniques s'est faite en deux temps à intervalle d'une semaine.

Lors de l'interview, il a été demandé aux enquêtées si elles ont reçu ou non l'objet en question au cours des deux semaines de distribution. Si la réponse était affirmative, on a demandé le nombre d'objets reçus et le moyen par lequel elles les ont obtenus. Ensuite, ces variables étaient exploitées pour estimer la taille de la population.

La formule utilisée pour l'estimation de la taille des professionnelles du sexe était la suivante :

$$S = O/P$$

S : représente la taille estimée des professionnelles du sexe ;

O : nombre d'objets distribués au cours de la période de l'étude ;

P : proportion de répondants ayant déclaré au cours de l'enquête comportementale avoir reçu un exemplaire de l'objet distribué.

III.5. Indicateurs

Les variables à l'étude étaient sélectionnées à partir des indicateurs recommandés par l'ONUSIDA pour suivre le progrès de la réponse globale à l'épidémie de l'infection au VIH au sein des populations clés³⁷. D'autres facteurs de risques du VIH rapportés par la littérature ont été investigués. Les principaux indicateurs calculés ont inclus les séroprévalences de l'infection au VIH, de la syphilis active, et des variables sur les Connaissances-Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe.

³⁶ SE/CNLS, 2012 : ESBC PS, 2012

³⁷ ONUSIDA, 2014

III.6. Méthode de collecte de données

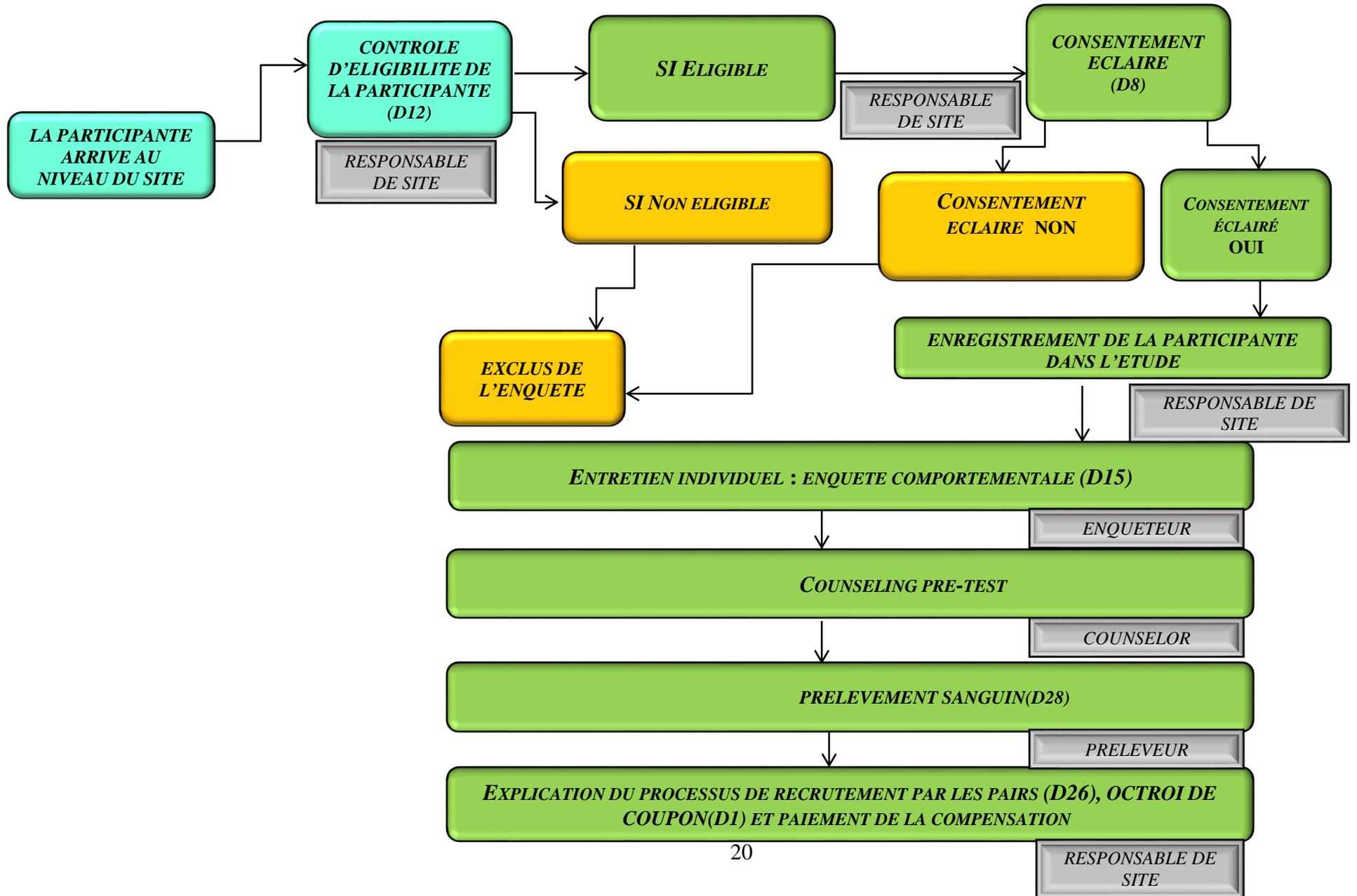
La collecte des données quantitatives a suivi des étapes selon l'ordre suivant:

- Accueil de la participante par le responsable du site;
- Présentation, récupération du coupon et enregistrement du sujet dans le système ;
- Information de la participante sur les objectifs et l'utilité de l'étude ;
- Etiquetage des outils administratifs,
- Contrôle d'éligibilité ou criblage ;
- Lecture de la fiche de consentement éclairé;
- Enregistrement de la participante et référence auprès de l'enquêteur pour l'enquête comportementale anonyme
- Entretien individuel par l'enquêteur ;
- Enregistrement de la participante consentante et éligible;
- Administration du questionnaire comportemental;
- Référence auprès du counselor pour le counseling pré-test du dépistage volontaire et anonyme de l'infection au VIH, de la syphilis ;
- Autocontrôle du questionnaire rempli ;
- Remise des questionnaires remplis au responsable du site pour révision ;
- Counseling pré-test VIH dispensé par le counselor (un personnel médical du site) ;
- Enregistrement de la participante;
- Counseling pré-test VIH;
- Etiquetage des outils administratifs comportant des références biologiques aux cryotags pré-numérotés;
- Délivrance du carnet de santé de la participante pour y inscrire les traitements médicaux reçus et assurer, au besoin, les références vers d'autres services de santé ;
- Référence de la participante vers le technicien préleveur ;
- Counselling post-test VIH et rendu des résultats ;
- Prise en charge des cas de syphilis selon le protocole national,
- Référence des cas trouvés positifs au VIH vers le médecin référent,
- Prélèvement sanguin assuré par le technicien préleveur;
- Etiquetage des tubes par des cryotags pré-numérotés ;

- Prélèvement sanguin en prenant les précautions standards ;
- Référence auprès du responsable de site en vue du paiement de la compensation primaire;
- Liaison avec le LRR et envoi des prélèvements au LRR en vue d'analyses biologiques ;
- Paiement des compensations financières par le responsable de site ;
- Compensation primaire d'un montant de 6 000 Ariary pour la participante ayant terminé l'enquête ;
- Compensation secondaire d'un montant de 3 000 Ariary payée à la participante pour chaque paire qu'elle aura recrutée ;
- L'enquête terminée, un maximum trois coupons ont été distribués à la participante par le responsable du site pour qu'elle puisse inviter et recruter ses paires.
- Une fois arrivée à la formation sanitaire (site d'enquête) avec un coupon d'invitation (D1), le sujet suit le circuit de l'enquêtée, schématisé selon le graphique ci-après. Si l'enquêtée échoue aux étapes 1 - 2 ou si l'enquêtée n'arrive pas à finir l'étape 5, elle sera exclue de l'étude et sera considérée comme non recrutée.
- Ainsi, après le criblage (D8), le consentement éclairé de la professionnelle du sexe, les données comportementales étaient collectées par l'administration en face-à-face du questionnaire comportemental (D15) effectuée par l'enquêteur. La participante a reçu le counseling pré-test VIH par le counselor avant le prélèvement sanguin. Le carnet de la participante, comportant le numéro de la participante et son code laboratoire, était délivré par le counselor afin qu'elle puisse bénéficier de soins continus au site d'enquête. Le counselor a apposé une étiquette comportant le numéro de laboratoire de la participante sur le questionnaire rempli afin de corréliser les réponses au questionnaire avec les résultats des analyses de laboratoire.

- Les prélèvements sanguins étaient effectués par un technicien paramédical. Il a utilisé quelques outils de gestion codés à l'aide de cryotags pré-imprimées (D28) qui permettaient à la fois d'identifier les participantes et de préserver la confidentialité des informations collectées. A la fin de la l'enquête, la participante était indemnisée le même jour par une compensation primaire. Ensuite, le responsable de site lui a donné jusqu'à trois coupons (D1) pour lui permettre d'inviter et de recruter ses paires. Le responsable du site a utilisé le guide de briefing de la recrutée (D26) pour expliquer à la participante le mode d'emploi des coupons à distribuer, le mode de recrutement des paires et l'informer de la perception de compensation secondaire par le recruteur si les paires sont venues et effectivement recrutées. La participante revenait pour recevoir les compensations secondaires pour chaque paire qu'elle a elle-même invitée, puis recrutée dans l'enquête.

Figure 4 : Circuit de recrutement des professionnelles du sexe



- Un rendez-vous inscrit sur le carnet de la participante (D19) était donné pour l'annonce des résultats des tests biologiques et le counseling/suivi post-test. Les cas positifs à la syphilis étaient traités à la Benzathine-pénicilline 2,4 millions U injectable en intramusculaire (une fois par semaine pendant trois semaines). Les cas positifs au VIH étaient référés vers le médecin référent pour une prise en charge spécialisée selon le protocole national.

III.7. Volet biologique

Dans le cadre de l'ESBC VIH et syphilis menée auprès des professionnelles du sexe, les prélèvements sanguins étaient effectués aux sites d'enquête, tandis que les analyses immunologiques étaient réalisées aux laboratoires régionaux de référence ou de proximité. Après le consentement éclairé, un prélèvement sanguin était effectué par le préleveur avec deux tubes vacutainers secs de 5ml. Sur chaque tube était apposée une cryotag portant le numéro de code laboratoire de la participante. Les tubes vacutainers remplis étaient ensuite envoyés au Laboratoire de Référence Régional (LRR) ou de proximité en fin de matinée ou en fin d'après-midi pour être traités et manipulés.

Les résultats des échantillons étaient retournés au conseiller du site d'enquête au cours de la semaine suivante pour être remis aux participantes qui venaient volontairement chercher les résultats de leurs analyses. Ces dernières bénéficiaient alors dans un second temps d'une séance de counseling post-test VIH. Les cas de syphilis active s'étaient traités par le conseiller et les cas positifs au VIH étaient référés vers le médecin référent, accompagnés par le conseiller.

III.7.1. Dépistage du VIH et de la syphilis au niveau des LRR

Au niveau du LRR, les échantillons étaient centrifugés par le technicien de laboratoire, qui ont par la suite réalisé le test VIH et la sérologie de la syphilis.

Dépistage du VIH :

- Le dépistage de VIH consistait à tester tous les sera collectés dans les Régions par les tests rapides suivant l'algorithme transitoire de dépistage du VIH.
- Les tests utilisés étant :
 - T1= Détermine HIV1/2 ©, fabriqué par Alere Medical Co., Ltd Japon :
 - Lot : 73043K100B, date d'expiration : 30-05-2017

- T2=Unigold HIV1/2©, fabriqué par Trinity Biotech, Ireland :
 - Lot : VIH6040063, date d'expiration : 06-12-2017

Seuls les échantillons réactifs au T1 passaient au T2.

Pour le dépistage de la Syphilis :

- Le test screening³⁸ utilisait le test RPR Lab 21 (Rapid Plasma Reagin). Tous les sera réactifs au RPR étaient ensuite testés avec le réactif TPHA Lab 21 (Treponema Pallidum Hema Agglutination Assay). Seuls les RPR réactifs et TPHA réactifs étaient considérés comme Syphilis active.
- Les tests utilisés étant :
 - RPR Lab 21©, fabriqué par Plasmatec, Lab 21
 - Lot : 123096, date d'expiration : 03-2018
 - TPHA Lab 21©, fabriqué par Plasmatec, Lab 21,
 - Lot : 101036, date d'expiration : 03-2018

III.7.2. Contrôle qualité externe réalisé par le Service du Laboratoire National de Référence

Tous les échantillons étaient aliquotés dans trois cryotubes avant la conservation au congélateur, puis acheminés au niveau du Service de Laboratoire National de Référence (SLNR) pour le contrôle qualité externe (CQE) du VIH et de la syphilis. Pour le contrôle qualité externe du VIH, il était prévu d'utiliser les trois tests suivants :

- Vironostika UniForm HIV AgAb (kit de 192 tests)
- Genscreen Ultra HIVAg-Ab© (kits de 480 tests)
- Western Blot HIV Blot 2.2 (kit de 36 tests)

Etant donné que le test Vironostika UniForm HIV AgAb n'était plus disponible sur le marché, le test GENEDIA® HIV Ag/Ab ELISA était utilisé pour le remplacer après évaluation et validation par la Commission Biologie de Madagascar.

³⁸ Screening : premier test sensible pour le criblage sérologique de la Syphilis

- *Le Contrôle Qualité du VIH* consistait à tester les 1/10 des négatifs, tous les indéterminés et tous les positifs des sera collectés auprès des LRR, par deux (02) tests ELISA en parallèle, suivis de Western Blot en cas de discordance, selon la stratégie II de l’OMS.

Les tests utilisés étant:

- ELISA 1 = Genscreen HIV Ultra Ag/Ab, fabriqué par Biorad :
Lot: 7A0732, date d’expiration: 30-05-2018
- ELISA 2 = Genedia HIV Ag/Ab, fabriqué en Corée :
Lot : 149C1603, date d’expiration : 18-10-2017

- *Le Contrôle Qualité de la syphilis* consistait à tester les 1/10 des négatifs et tous les positifs des sera collectés auprès des LRR, par les mêmes tests utilisés par les LRR dont le RPR et TPHA.

Les tests utilisés étant:

- RPR Lab 21©, fabriqué par Plasmatec, Lab 21
 - Lot : 123096, date d’expiration : 03-2018
- TPHA Lab 21©, fabriqué par Plasmatec, Lab 21,
 - Lot : 101036, date d’expiration : 03-2018

III.8. Saisie et analyse de données par Agence CAPSULE

Les données comportementales et les résultats biologiques délivrés par les LRR sont saisies parallèlement avec la collecte de donnée sur terrain au niveau des sites d’enquête en utilisant le logiciel Ethnos 5.5 ; un logiciel de conception et de traitement d’enquêtes le plus complet et le plus évolué utilisé par l’Agence Capsule. Les données sont doublement saisies pour éviter les erreurs, puis apurées. Le logiciel UCINET/NetDraw³⁹ est utilisé pour générer les schémas des chaînes de recrutement des professionnelles du sexe.

³⁹ Borgatti, S.P., Everett, M.G. and Freeman, L.C., 2002

Des statistiques descriptives incluant des pourcentages avec des intervalles de confiance à 95%, des moyennes et médianes étaient calculées pour mesurer les indicateurs. Une analyse multivariée par la méthode de régression logistique binaire était utilisée pour étudier l'effet des Connaissances-Attitudes et pratiques (variables indépendantes) sur l'infection au VIH et la syphilis (variables dépendantes), contrôlé par des caractéristiques sociodémographiques. Les variables indépendantes, ainsi que les variables de contrôle étaient identifiées à partir des résultats d'analyses bivariées, des facteurs de risque rapportés par la littérature et des recommandations d'experts de la GTSE. Un inventaire de facteurs confondants était ensuite réalisé pour ajuster le modèle. Des facteurs sociodémographiques étaient retenus dans le modèle pour leur validité. Les autres facteurs étaient enlevés un par un du modèle complet pour obtenir les valeurs d'odds ratios (OR) ajustés les plus précises. Un facteur était cependant retenu s'il a entraîné un changement 10% de la valeur de l'OR.

Conformément aux prescriptions du Protocole de l'enquête, le logiciel RDSAT⁴⁰ v. 7.1.46 a été utilisé pour traiter et analyser les données. Cependant, les résultats qui montraient des signes d'instabilité par rapport à certaines variables ou sous-catégories étaient recalculés avec RDS Analyst⁴¹ v. 0.50 en appliquant l'estimateur RDS II recommandé pour être appliqué quand la taille de la population à étudier est faible. Le logiciel SPSS a servi aux analyses multivariées.

III.9. Assurance qualité de la collecte sur site, des analyses de laboratoire et de la saisie des données

Afin d'uniformiser la méthode de collecte de données sur le terrain et les analyses de laboratoire locales, des ateliers de formation étaient organisés pour les responsables de site et les enquêteurs, du 19 au 25 mai 2016. Un test pilote était mené sur terrain du 26 et 27 mai 2016. Les counselors, les préleveurs, et les techniciens de laboratoire étaient invités à Antananarivo du 17 au 24 mai 2016 pour suivre les formations adaptées aux responsabilités de chaque groupe.

⁴⁰ Volz, E.; Wejnert, C.; Cameron, C.; Spiller, M.; Barash, V.; Degani, I.; and Heckathorn, D.D. 2012. Respondent-Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) Version 7.1. Ithaca, NY: Cornell University.
Current Version: RDSAT 7.1.46 Release Date: 17 January 2014.

⁴¹ Mark S. Handcock, Ian E. Fellows, Krista J. Gile (2014) RDS Analyst: Software for the Analysis of Respondent-Driven Sampling Data, Version 0.50, URL <http://hpmrg.org>.

Toutes les personnes ressources invitées ont reçu une formation sur l'opérationnalisation de la méthode RDS, l'éthique de la recherche impliquant des participants humains⁴² et l'utilisation des outils. Les équipes des sites de collecte de données de terrain (responsables de site, enquêteurs, conseillers, préleveurs) ont été formées sur la technique de communication, les droits du client des formations sanitaires, la procédure de collecte de données sur les sites d'enquête et l'utilisation des outils de site.

Les enquêteurs ont été formés sur la méthode d'administration de questionnaires et les responsables de site sur la gestion des coupons, la gestion financière et des consommables sur site, ainsi que le rapportage. Ces deux personnels ont été formés sur les techniques de manipulation du masque de saisie des données sous le logiciel Ethnos 5.5. Les conseillers ont bénéficié d'une formation en counseling. Les techniciens de laboratoire et les préleveurs ont été formés par l'équipe du SLNR.

Les enquêteurs, les conseillers, les préleveurs et les techniciens de laboratoire des sites étaient dotés de documents (guides, modules et fiches opératoires standards) nécessaires à la bonne réalisation de leurs tâches.

Des procédures relatives aux normes ISO 20252 qui se fondent sur la norme de référence ISO 9001 dont Capsule s'est engagé pour le management de la qualité des études ont été suivies et mises en pratique tout au long de l'enquête. Ainsi, des responsables de sites et des enquêteurs ayant une formation universitaire, et l'aptitude professionnelle pour mener une enquête d'envergure nationale et faire la saisie de données sur terrain étaient recrutés pour suivre la formation. De même, le choix des personnels de santé se basait sur leur compétence en counseling, en prélèvement, en test immunologique et sur leur expérience en enquête utilisant la méthodologie RDS.

Avant la mise en œuvre des collectes de données sur terrain, tous les outils de collecte passaient par un test de cohérence et de praticité auprès des professionnelles du sexe exerçant en dehors de la ville d'étude. Tous les outils de collecte de données et de suivi étaient validés par l'équipe technique du SE/CNLS avant d'être utilisés sur le terrain.

⁴² National Institute of Health, 2011

Les responsables d'étude de l'Agence Capsule ont effectué des supervisions sur terrain au démarrage, à mi-parcours et à la fin de l'enquête pour assurer la bonne marche de l'enquête sur plusieurs aspects : la fonctionnalité des outils pour chaque intervenant, la complétude des questionnaires, l'exactitude, la pertinence, la cohérence et la consistance des réponses aux questionnaires, l'avancement des saisies et l'exactitude des données. Ils étaient également présents sur le terrain afin d'accompagner l'équipe et d'apporter des solutions adéquates aux difficultés rencontrées par chaque équipe.

Une double saisie des données était effectuée pour minimiser les erreurs, renforcer la vérification des cohérences, et s'assurer de la concordance des données avant leurs analyses. Un masque de saisie a été préalablement élaboré sous Ethnos 5.5 par le responsable de saisie de l'Agence Capsule avant la descente des équipes sur terrain. Ce masque a également subi un pré-test avant d'être dupliqué et utilisé dans toutes les villes d'enquête.

III.10. Limites de l'étude

- Comme il s'agit d'une enquête de surveillance menée au niveau de sites non choisis au hasard, les résultats ne peuvent pas être transférés à la population nationale des professionnelles du sexe ;
- La méthode RDS est basée sur le recrutement par les pairs. Des recruteuses étaient tentées de donner des coupons à des paires de leur choix. Par exemple, des amies provenant de leur village natal, des paires qui acceptaient de donner un peu d'argent à la recruteuse pour les avoir recrutées. Ces facteurs ont entraîné des biais de sélection;
- La migration et la mobilité saisonnière des PS auraient pu influencer les résultats. Pour le cas de Nosy Be, la majorité des PS régulières étaient rentrées dans leur village natal pendant la période de collecte de données quantitatives, le profil épidémiologique et comportemental de celles qui sont restées en ville pouvait être différent ;
- Les interviews étaient réalisées en face-à-face, certaines informations jugées trop personnelles par la participante auraient pu être sous-déclarées. En outre, certaines participantes avaient d'importants troubles de concentration et avaient du mal à répondre à certaines questions. Ce qui aurait pu générer des biais d'information ;

- Dans certains cas, les intervalles de confiance étaient trop larges ou n'ont pas pu être calculés parce que, soit le nombre de cas concernés par l'indicateur calculé était trop faible (Cas d'Antananarivo), soit « l'équilibre » n'était pas atteint pour certaines variables ;
- L'estimation de la taille de la population des professionnelles du sexe a présenté une limite dans la mesure où le nombre d'objets uniques distribués aux membres de la communauté n'a pas couvert la taille du réseau des professionnelles du sexe qui était largement supérieure à la taille de l'échantillon par site. En outre, la difficulté de suivi n'a pas permis de savoir la manière dont les objets ont été distribués ;
- Malgré le taux élevé de participation des professionnelles du sexe à l'enquête, certains odds ratio ajustés calculés en analyses multivariées présentaient de larges intervalles de confiance ;
- Comme il s'agit d'une étude utilisant un devis transversal, les relations de cause ou d'effet entre les variables ne pouvaient pas être déterminées;
- Le volet biologique du protocole de recherche ne comportait pas les procédures opératoires pour le dépistage du VIH, de la syphilis. Les procédures de contrôle qualité biologique n'étaient non plus figurées dans le protocole de recherche, ce qui n'a pas facilité la collaboration entre Agence Capsule et le SLNR ;
- Les défaillances observées au niveau des réactifs TPHA lab 21 (témoin positif non conforme) et RPR lab 21 (un kit de 100 tests n'a pu effectuer qu'approximativement 70 tests) ont retardé la remise des résultats des analyses de la syphilis aux participantes. Malgré les mesures d'information et d'éducation prises, certaines participantes n'ont pas pu revenir pour retirer leurs résultats ;
- Le screening VIH/syphilis et le contrôle qualité des échantillons des PS de la ville d'Antananarivo étaient effectués par le même laboratoire, le LRR Analamanga étant intégré au SLNR. Ce qui pose une limite à l'interprétation des résultats du contrôle qualité pour cette ville.

III.11. Considérations éthiques

- Le protocole d'étude a reçu l'approbation du Comité d'Ethique du Ministère de la santé.
- La participation de chaque professionnelle du sexe était volontaire et anonyme. L'enquête et le prélèvement ne pouvaient commencer qu'après le consentement éclairé de la participante ;
- Les fiches de résultats des analyses laboratoires, les questionnaires remplis, étant codés, ne comportaient pas de noms. Ils étaient tenus confidentiels et rangés dans des tiroirs, ou armoires ou valises fermés à clé au bureau du counselor ;
- Des visites de courtoisies auprès des autorités locales étaient effectuées afin d'établir une entente permettant de faciliter le déroulement de l'ESBC, évitant les harcèlements et détentions injustifiés ;
- Dès leur sortie du laboratoire, les résultats d'analyses biologiques étaient disponibles à tout moment aux sites d'enquête pour que les participantes puissent les retirer ;
- Le retour de la participante pour retirer les résultats de son test au site était entièrement volontaire. Seul le counselor pouvait les délivrer ;
- Les cas de syphilis étaient pris en charge gratuitement au site d'enquête par le counselor ;
- Des procédures pratiques de référence des cas positifs au VIH étaient mises en place pour assurer la référence et la prise en charge des professionnelles du sexe séropositives. Ces dernières étaient accompagnées par le counselor vers le médecin référent moyennant des frais de déplacement ;

IV. RESULTATS

IV.1. Caractéristiques des Professionnelles du sexe

IV.1.1. Caractéristiques des graines

Tableau 5 : Caractéristiques des graines et nombre de vagues

Site	Grain n°	Age	Nombre de recrutées éligibles	Nombre maximum de vagues atteintes
Antananarivo	1	36	79	6
	2	43	163	7
	3	37	36	6
Antsirabe	1	34	81	8
	2	40	68	8
	3	27	42	9
Antsiranana	1	27	212	10
	2	29	12	4
	3	34	1	1
	4	26	34	6
Fianarantsoa	1	45	106	7
	2	52	131	6
	3	26	23	5
	1	28	124	7
Taolagnaro	2	27	84	4
	3	28	38	4
	1	33	71	7
Mahajanga	2	36	116	7
	3	43	52	6
	1	21	19	8
Nosy Be	2	18	144	15
	3	27	1	1
	1	42	70	5
Moramanga	2	38	86	6
	3	51	104	6
	1	27	90	5
Toamasina	2	43	120	6
	3	39	63	6
	1	44	93	5
Toliary	2	40	61	4
	3	42	35	4
	1	34	104	7
Morondava	2	29	62	5
	3	24	61	6

Trois graines par ville, totalisant 33 graines ont été recrutées pour la mise en œuvre de la méthode RDS. Elles avaient entre 18 et 52 ans. Chacune d'entre elles ont pu recruter une à 212 de leurs paires, avec le nombre maximum recruté par une graine d'Antsiranana. Le nombre de vagues

variait entre une et 15, et le nombre maximum de vague était atteint par une graine de la ville de Nosy Be. Les graines recrutées, appartenant à divers réseaux de professionnels du sexe, ont permis de recruter des participantes travaillant dans les rues, boîtes de nuit, karaoké, hotels, bars et restaurants, ports, gares routières, salles de massage, grandes espaces en plein air (Ankalamanjana), plages, et celles qui sont « contactées » par téléphone car travaillant à domicile.

IV.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des Professionnelles du sexe

Tabelau 6 : Caractéristiques sociodémographiques des participantes			
Caractéristiques	%	95% IC	N
Ages			
15-19 ans	21,3	[14,3-27,1]	424
20-24 ans	27,7	[19,5-33,9]	658
<25 ans	48,6	[39,5-57,2]	1082
≥25ans	51,4	[43,3-60,2]	1538
Age moyen		27,5	
Age médian		26,0	
Statut matrimonial			
Mariée, vit avec l'époux	3,0	[1,0-4,9]	74
Mariée, vit avec un autre partenaire sexuel	1,4	[0,0-2,4]	19
Mariée, ne vit ni avec époux ni avec autre partenaire	1,5	[0,1-1,8]	22
Non mariée, vit avec un partenaire sexuel	7,3	[4,7-8,9]	276
Non mariée, ne vit pas avec un partenaire sexuel	86,8	[81,0-92,0]	2229
Niveau d'instruction			
Jamais été à l'école	7,7	[3,2-11,3]	180
Primaire	36,1	[25,4-39,8]	910
Secondaire I	46,8	[39,6-64,0]	1234
Secondaire II	9,2	[5,2-15,9]	283
Supérieur	0,3	[0,0-0,8]	13
Religion			
Traditionnelle	1,1	[0,2-2,3]	18
Catholique	51,2	[39,3-54,9]	1384
Protestant	28,0	[19,4-30,4]	752
Anglicane	0,6	[0,1-1,2]	19
Adventiste	1,4	[0,5-3,2]	36
Musulman	4,0	[1,8-7,2]	79
Hindu	0,3	[0,1-0,8]	10
Jesosy Mamonjy	1,2	[0,1-2,7]	27
Témoin de Jehovah	1,3	[0,1-2,1]	20
Athée	5,8	[2,6-9,0]	115
Autres	5,0	[2,6-12,3]	160
N	100,0		2620

Si la taille d'échantillon visée était de 2700 professionnelle du sexe, le nombre total de participantes rejointes était de N=2 620, réalisant un taux de participation de 97% pour la totalité des onze villes d'enquête : : Antananarivo (n=281), Antsirabe (n=194), Antsiranana (n=263), Fianarantsoa (n=263), Mahajanga (n=242), Toamasina (n=276), Toliary (n=192), Taolagnaro (n=249), Moramanga (n=263), Morondava (n=230), et Nosy Be (n=167).

Les participantes à l'étude avaient entre 15 ans et 60 ans, avec un âge médian de 26 ans. La majorité de l'échantillon (87%), était constituée de professionnelles du sexe célibataires, ne vivant pas avec un partenaire sexuel. Un peu moins de la moitié d'entre elles (47%) a atteint le niveau secondaire et 8% n'ont jamais fréquenté l'école. Très peu, 0,3% ont atteint le niveau universitaire.

IV.2. Prévalence de l'infection au VIH et de la syphilis

Le taux de prévalence de l'infection au VIH est passé de 1,3% en 2012 à 5,6% en 2016 pour l'ensemble des professionnelles du sexe résidant ou oeuvrant dans les villes d'enquête, mais cette augmentation n'est pas pour autant statistiquement significative. Une hausse de prévalence de l'infection est cependant enregistrée à Mahajanga (3% en 2012 et 23% en 2016), à Taolagnaro (0% en 2012 et 4,1% en 2016) et à Antsiranana (0% en 2012 et 2,9% en 2016). Il existe des variations de l'importance de l'épidémie à travers les villes, la plus forte prévalence de l'infection au VIH est observée à Mahajanga (22,7%) et la plus faible à Antsirabe (0%).

En ce qui concerne la prévalence de la syphilis chez les PS aucun changement significatif n'a été décelé entre 2012 et 2016, mais la syphilis active reste prévalente au sein de cette population (15,8% en 2012 et 12,9% en 2016). On note toutefois une baisse de prévalence de la syphilis chez les professionnelles du sexe d'Antananarivo où elle est passée de 23,4% en 2012 à 9,3% en 2016. Il en est de même pour la ville d'Antsirabe où la prévalence de la syphilis est passée de 16,6% en 2012 à 8,2% en 2016. Les cas de syphilis sont plus fréquents à Toamasina et Toliary, où la séroprévalence de l'infection est respectivement de 23% et 26%. Elle est la plus basse à Nosy Be (1,7%). Les résultats montrent que la syphilis active affecte surtout les 20 – 24 ans (21%) et les 25 ans et plus (22,1%).

Tableau 7 : Pourcentage de professionnelles du sexe qui vivent avec le VIH ou qui présentent une syphilis active, N=2620							
	VIH			SYPHILIS			N
	ni	% de Positifs	IC 95%	ni	% de Positifs	IC 95%	
Age							
15-19 ans	9	4,9	[0,0 – 19,0]	21	6,2	-	424
20-24 ans	36	6,4	[0,2 - 20,2]	50	20,7	[13,1 – 33,3]	458
<25 ans	45	4,5	[1,0 - 10,5]	63	6,2	[20 - 11,6]	1082
≥25 ans	84	6,3	[2,0 - 13,0]	225	22,1	[16,3-28,7]	1538
Site d'enquête							
Antananarivo	4	1,8	[0,3- 4,0]	28	9,3	[5,4 - 13,9]	281
Antsirabe	0	0	[0,0 - 0,0]	21	8,2	[4,1 - 13,2]	194
Antsiranana	9	2,9	[0,8 - 6,5]	18	9,0	[3,9 - 15,7]	263
Fianarantsoa	2	1,2	[0,0 - 3,3]	34	12,8	[8,2 – 17,5]	263
Mahajanga	54	22,7	[13,9 - 31,2]	27	10,6	[6,5 - 15,0]	242
Moramanga	1	0,6	[0,0 - 5,7]	29	12,5	[8,0 - 17,0]	263
Morondava	15	7,0	[3,2 - 11,3]	17	6,6	[2,7 - 12,1]	230
Nosy Be	17	9,5	[4,5 - 15,3]	1	1,7	[0,0 - 6,9]	167
Toamasina	15	5,4	[2,9 - 8,1]	61	23,3	[14,2 - 28,6]	276
Taolagnaro	5	4,1	[0,7 - 9,6]	27	15,1	[7,9 - 21,3]	249
Toliary	7	2,7	[0,7 - 5,1]	44	26,4	[18,0 - 34,5]	192
Ensemble	129	5,6	[2,4 – 9,5]	288	12,9	[7,6 - 17,8]	2620

Seize cas de co-infection au VIH et à la syphilis sont enregistrés, représentant un taux de prévalence global de 0,7% [0 – 2%] IC95%. Ces cas sont trouvés à Taolagnaro (2,8%), Toamasina (2,3%), Mahajanga (1,5%), Morondava (0,7%), et Toliary (0,6%). Dans toutes ces villes, la co-infection intéresse les femmes de 25 ans et plus sauf à Taolagnaro où une femme plus jeune est atteinte.

IV.3. Connaissances – Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe

IV.3.1. Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe vis-à-vis de l'infection au VIH

Dans l'ensemble, un peu plus de la moitié (58%) des PS sont atteintes par le programme de prévention du VIH. On note les plus importantes proportions de PS touchées par le programme à Moramanga, Antananarivo, et à Antsirabe: 79%, 77%, et 68% respectivement. Par contre, très peu d'entre elles ont pu être atteintes à Nosy Be, 7,5%. En outre, le programme a atteint moins de la moitié des PS à Toamasina (38%).

Tableau 8 : Pourcentage de professionnelles du sexe atteintes par les programmes de prévention du VIH, N=2620				
	ni	%	IC (95%)	N
Age				
<25 ans	578	51,3	[40,1 - 63,0]	1082
≥25 ans	1037	58,3	[49,8 - 69,6]	1538
Site d'enquête				
Antananarivo	226	77,3	[68,8 - 84,7]	281
Antsirabe	140	68,1	[59,8 - 76,0]	194
Antsiranana	152	47,1	[39,8 - 56,1]	263
Fianarantsoa	143	53,5	[46,2 - 60,9]	263
Mahajanga	157	59,6	[52,3 - 68,6]	242
Moramanga	219	78,7	[71,2 - 84,7]	263
Morondava	133	58,0	[49,5 - 66,5]	230
Nosy Be	18	7,5	[4,3 - 12,8]	167
Toamasina	130	37,7	[31,6 - 46,2]	276
Taolagnaro	141	50,6	[43,4 - 57,7]	249
Toliary	156	68,5	[58,6 - 79,9]	192
Ensemble	1615	57,5	[49,6 - 66,4]	2620

Moins de la moitié des PS (40%) ont déclaré avoir subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat. Cette proportion tourne autour de 60% à Antananarivo (60%), Mahajanga (57%) et Toliary (55%). Elle est la plus basse à Nosy Be (6%) et Toamasina (13%). A Antsiranana, Antsirabe, Fianarantsoa et Taolagnaro, environ le tiers des PS ont déclaré avoir subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat. Le fait d'avoir subi un test VIH et d'avoir connu les résultats n'est pas associé à l'âge des participantes.

Tableau 9 : Pourcentage de professionnelles du sexe qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, N=2620

	n	%	IC 95%	N
Age				
<25 ans	399	37,6	[26,1 – 49,3]	1082
≥25 ans	684	41,2	[32,5 – 54,1]	1538
Site d'enquête				
Antananarivo	182	59,8	[51,2 – 68,3]	281
Antsirabe	87	38,3	[30,6 – 47,6]	194
Antsiranana	84	24,5	[17,9 – 31,8]	263
Fianarantsoa	78	27,6	[21,4 – 34,5]	263
Mahajanga	150	56,7	[49,3 – 65,4]	242
Moramanga	117	44,8	[38,1 – 52,0]	263
Morondava	106	42,4	[33,9 – 51,4]	230
Nosy Be	15	6,0	[2,7 – 11,8]	167
Toamasina	55	13,0	[9,7 – 18,6]	276
Taolagnaro	88	31,8	[25,7 – 38,8]	249
Toliary	121	54,9	[45,7 – 65,1]	192
Ensemble	1083	40,2	[32,3 – 49,9]	2620

La majorité des PS de 15 à 24 ans (93%) ont eu leurs premiers rapports sexuels au plus tard à 18 ans et un peu moins de la moitié d'entre elles (45%) ont eu leurs premiers rapports sexuels au plus tard à 15 ans. On note une proportion élevée de PS ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans à Toamasina (71,8%), contrairement à Moramanga où cette proportion n'est que de 26%.

Tableau 10 : Proportion de professionnelles du sexe de 15 à 24 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels au plus tard à 18 ans, N=1082

	Au plus tard à 15 ans			Au plus tard à 18 ans			N
	ni	%	IC (95%)	ni	%	IC (95%)	
Age							
15-19 ans	247	60,0	[37,1 - 82,8]	424	98,5	[90,7 - 100]	424
20-24 ans	221	32,7	[12,4 - 58,7]	613	88,1	[72,9 - 99,1]	658
Site d'enquête							
Antananarivo	55	44,6	[24,4 - 63,5]	122	93,6	[76,4 - 100,0]	126
Antsirabe	26	28,3	[10,7 - 54,5]	68	85,4	[53,3 - 100,0]	71
Antsiranana	41	34,9	[20,0 - 54,4]	90	77,2	[60,8 - 97,6]	108
Fianarantsoa	42	45,7	[32,6 - 71,0]	87	96,7	[95,3 - 98,0]	89
Mahajanga	33	46,0	[24,2 - 56,3]	82	96,3	[94,9 - 97,7]	85
Moramanga	42	26,1	[14,1 - 43,8]	97	98,3	[97,4 - 99,3]	98
Morondava	50	48,7	[27,5 - 71,7]	104	91,9	[88,6 - 100,0]	107
Nosy Be	33	51,7	[38,3 - 75,0]	85	91,8	[68,6 - 100,0]	88
Toamasina	49	71,8	[55,5 - 81,6]	97	99,0	[95,8 - 100,0]	98
Taolagnaro	54	33,6	[22,2 - 44,7]	130	94,6	[87,9 - 98,7]	136
Toliary	38	54,8	[37,9 - 80,0]	75	99,7	[98,9 - 100,4]	76
Ensemble	468	45,3	[28,7 - 63,2]	1037	93,1	[82,8 - 99,3]	1082

Pour ces professionnelles du sexe de 15 à 24 ans, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 16 ans. Il ne présente pas de variations significatives, ni selon l'âge, ni à travers les villes (entre 15 ans et 16 ans). Pour les jeunes de 15 à 19 ans, les PS de Toamasina et de Morondava il est de 15 ans.

Tableau 11 : Age médian des professionnelles du sexe de 15 à 24 ans aux premiers rapports sexuels, N=1082

	Age médian aux premiers rapports sexuels	N
Age		
15-19 ans	15,0	424
20-24 ans	16,0	658
Site d'enquête		
Antananarivo	15,5	126
Antsirabe	16,0	71
Antsiranana	16,0	108
Fianarantsoa	16,0	89
Mahajanga	16,0	85
Moramanga	16,0	98
Morondava	15,0	107
Nosy Be	16,0	88
Toamasina	15,0	98
Taolagnaro	16,0	136
Toliary	16,0	76
Ensemble	16,0	1082

En moyenne, une PS fait 640,2 actes sexuels par an et a 417,2 partenaires sexuels par an. Le nombre moyen d'actes sexuels par an varie de 535,2 (Taolagnaro) à 825,8 (Toliary) et le nombre moyen de partenaires sexuelles par an, de 281,5 à Antsiranana, et à 731,6 à Toliary.

Tableau 12 : Nombre moyen d'actes sexuels et nombre de partenaires sexuels par professionnelle de sexe par an, N=2620		
	Nombre d'actes sexuels par professionnelle de sexe par an	Nombre de partenaires par professionnelle de sexe par an
Age		
<25 ans	644,5	441,0
≥25 ans	636,8	422,4
Site d'enquête		
Antananarivo	626,1	448,5
Antsirabe	709,5	393,5
Antsiranana	597,1	281,5
Fianarantsoa	602,9	391,0
Mahajanga	686,2	497,7
Moramanga	676,9	477,6
Morondava	645,7	491,2
Nosy Be	559,5	299,9
Toamasina	616,4	309,2
Taolagnaro	535,2	307,2
Toliary	825,8	731,6
Ensemble	640,2	417,2

Le pourcentage de professionnelles du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client est en moyenne de 62,7%. Ce pourcentage varie de 26% à Nosy Be à 86% à Antananarivo, mais tourne autour de 50-60% pour la plupart des autres villes.

Cependant, la proportion de professionnelles de sexe qui ont déclaré l'utilisation systématique de préservatif avec les clients au cours des 30 derniers jours est significativement plus basse, 44,2% comparativement à la proportion de professionnelles du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client. Ce taux de protection systématique avec les clients est significativement plus élevé pour Antananarivo (96%) que pour les autres villes, où on enregistre des taux allant de 7% (Nosy Be) à 56% (Antsirabe).

Tableau 13 : Utilisation du préservatif par les professionnelles du sexe, N=2620							
	PS qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client			PS qui indiquent avoir utilisé systématiquement un préservatif avec les clients les 30 derniers jours			N
	ni	%	IC (95%)	ni	%	IC (95%)	
Age							
<25 ans	659	58,8	[49,1 - 69,5]	432	40,5	[33,1 - 50,6]	1082
≥25 ans	1036	68,1	[58,4 - 79,8]	713	46,9	[39,3 - 56,4]	1538
Site d'enquête							
Antananarivo	240	87,5	[82,4 - 92,2]	266	95,6	[92,6 - 97,8]	281
Antsirabe	165	81,5	[74,4 - 88,6]	120	56,4	[48,9 - 65,6]	194
Antsiranana	128	44,6	[36,4 - 53,8]	84	28,5	[20,5 - 37,2]	263
Fianarantsoa	194	71,8	[64,9 - 77,9]	142	50,3	[41,9 - 57,9]	263
Mahajanga	140	58,0	[49,1 - 66,5]	62	25,1	[17,7 - 33,5]	242
Moramanga	208	77,5	[72,4 - 83,2]	114	40,6	[33,9 - 48,7]	263
Morondava	155	69,3	[60,3 - 77,7]	109	49,5	[40,7 - 58,7]	230
Nosy Be	43	25,7	[17,8 - 34,6]	11	6,7	[2,6 - 12,8]	167
Toamasina	166	59,3	[51,3 - 65,7]	96	30,9	[23,5 - 37,1]	276
Taolagnaro	146	54,6	[47,5 - 62,6]	74	25,5	[19,0 - 32,3]	249
Toliary	110	54,9	[46,4 - 65,5]	67	30,3	[21,5 - 41,3]	192
Ensemble	1695	62,7	[55,9 - 70,6]	1145	44,2	[38,2 - 52,0]	2620

La proportion de professionnelles du sexe qui ont déclaré avoir obtenu gratuitement un condom au cours des 12 derniers mois est élevée, estimée à 76%. Cette proportion est significativement plus élevée pour Antananarivo, Antsirabe, Moramanga, Mahajanga, Taolagnaro et Toliary (taux dépassant les 70%) par rapport aux autres villes où elle tourne autour de 50%.

Tableau 14 : Pourcentage de professionnelles du sexe qui ont obtenu gratuitement un condom au cours des 12 derniers mois, N=2620				
	ni	%	IC (95%)	N
Age				
<25 ans	811	72,9	[62,1 - 84,1]	1082
≥25 ans	1258	71,9	[64,7 - 81,9]	1538
Site d'enquête				
Antananarivo	264	94,2	[90,9 - 97,0]	281
Antsirabe	171	86,9	[78,9 - 92,3]	194
Antsiranana	188	59,8	[51,8 - 69,5]	263
Fianarantsoa	175	64,2	[56,7 - 70,9]	263
Mahajanga	219	85,0	[77,9 - 92,0]	242
Moramanga	240	88,2	[81,2 - 92,9]	263
Morondava	190	82,6	[75,9 - 88,4]	230
Nosy Be	93	54,2	[44,4 - 64,0]	167
Toamasina	176	51,8	[44,8 - 60,7]	276
Taolagnaro	191	71,5	[65,9 - 78,8]	249
Toliary	162	75,1	[65,7 - 85,2]	192
Ensemble	2069	75,5	[68,2 - 83,8]	2620

La proportion de professionnelles du sexe qui ont consommé de l'alcool et/ou consommé de la drogue au cours des 30 derniers jours s'élève à 65% pour l'ensemble des professionnelles du sexe ayant travaillé ou résidé dans les villes d'enquête. Cette proportion est la plus élevée à Morondava (78%), et la plus basse à Mahajanga (54%).

Selon les résultats, les professionnelles du sexe qui ont affirmé consommer de la drogue injectable au cours des 12 derniers mois ne représentent que de 0,2% de l'ensemble. Cela concerne une ou deux PS de quelques villes, dont notamment Mahajanga, Antsiranana, Toamasina, Morondava, Moramanga et Nosy Be.

Tableau 15 : Professionnelles du sexe qui ont consommé de l'alcool et/ou de la drogue les 12 derniers mois, N=2620							
	PS qui ont consommé de l'alcool et/ou la drogue au cours des 30 derniers jours			PS qui ont consommé de la drogue injectable au cours des 12 derniers mois			N
	ni	%	IC (95%)	ni	%	IC (95%)	
Age							
<25 ans	730	64,7	[54,1-74,9]	4	0,3	[0,0 - 0,7]	1082
≥25 ans	1071	65,3	[56,2-74,2]	5	0,2	[0,0 - 0,7]	1538
Site d'enquête							
Antananarivo	170	59,8	[51,7 - 68,5]	0	0,0	[0,0 - 0,0]	281
Antsirabe	146	74,8	[67,5 - 81,5]	0	0,0	[0,0 - 0,0]	194
Antsiranana	188	70,6	[62,6 - 78,3]	1	0,1	[0,0 - 0,4]	263
Fianarantsoa	197	77,3	[70,1 - 83,6]	0	0,0	[0,0 - 0,0]	263
Mahajanga	140	54,4	[46,0 - 63,8]	1	0,1	[0,0 - 0,4]	242
Moramanga	189	72,2	[66,2 - 78,3]	2	1,1	[0,0 - 0,3]	263
Morondava	180	78,2	[72,5 - 83,6]	1	0,6	[0,0 - 1,7]	230
Nosy Be	93	60,3	[50,8 - 69,1]	2	1,0	[0,0 - 2,6]	167
Toamasina	204	71,5	[63,6 - 78,0]	2	0,5	[0,0 - ,1]	276
Taolagnaro	179	69,4	[63,0 - 76,0]	0	0,0	[0,0 - 0,0]	249
Toliary	115	55,2	[45,9 - 64,0]	0	0,0	[0,0 - 0,0]	192
Ensemble	1801	64,8	[57,8 - 71,8]	9	0,2	[0,0 - 0,7]	2620

Globalement estimé à 45,5%, le pourcentage de professionnelles du sexe ayant subi des formes de stigmatisation ou de discrimination au cours des 12 derniers mois varie peu d'une ville à l'autre, allant de 23% (Nosy Be) à 57% (Moramanga). Les formes de discriminations les plus fréquemment rapportées sont les insultes à leur personne ou à leur famille, 75,3% ; le refus de les cotoyer, 51,4% et le harcèlement de leurs enfants à l'école, 22%. Seulement 1% ont rapporté la discrimination par les professionnelles de santé.

La proportion de professionnelles du sexe qui n'expriment pas une attitude discriminatoire envers les PVVIH est relativement faible, de l'ordre de 19,6%. Ce pourcentage présente des variations significatives selon les villes. Il est au plus bas, de moins de 10%, pour les villes de Nosy Be (4%) et Toliary (7%), mais il atteint 48% à Morondava.

Tableau 16: Discrimination et stigmatisation, N=2620							
	PS ayant subi des formes de stigmatisation ou de discrimination au cours des 12 derniers mois			PS qui n'expriment pas une attitude discriminatoire envers les PVVIH			N
	ni	%	IC (95%)	ni	%	IC (95%)	
Age							
<25 ans	503	48,7	[36,5 – 60,8]	209	13,5	[8,4 - 9,7]	1082
≥25 ans	706	43,6	[35,1 – 54,0]	436	33,3	[22,9 - 52,7]	1538
Site d'enquête							
Antananarivo	148	52,1	[44,6 – 60,0]	115	33,2	[26,8 - 40,7]	281
Antsirabe	93	50,2	[41,0 – 57,7]	48	21,0	[15,2 - 29,3]	194
Antsiranana	116	46,8	[38,3 – 55,1]	41	13,1	[7,6 - 19,6]	263
Fianarantsoa	138	53,1	[45,4 – 60,7]	76	23,5	[17,1 - 31,9]	263
Mahajanga	101	40,3	[32,2 – 48,1]	41	10,8	[6,7 - 16,3]	242
Moramanga	156	57,2	[50,0 – 64,4]	83	28,5	[22,7 - 36,1]	263
Morondava	111	46,2	[38,6 – 54,7]	110	47,9	[39,9 - 55,8]	230
Nosy Be	40	22,6	[15,7 – 31,3]	8	4,4	[0,5 - 9,4]	167
Toamasina	146	51,2	[45,0 – 62,9]	52	18,3	[11,7 - 23,2]	276
Taolagnaro	63	24,5	[17,5 – 33,9]	46	14,8	[9,9 - 20,1]	249
Toliary	97	50,9	[41,8 – 60,9]	25	7,0	[3,4 -11,6]	192
Ensemble	1209	45,5	[38,0 – 53,7]	645	19,6	[14,8 - 25,9]	2620

La proportion de professionnelles du sexe ayant présenté au moins une fois des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois, reste élevée, estimée à 34,1%. Les proportions de PS rapportant d'antécédents d'IST sont les plus importantes à Nosy Be, Antsiranana et à Mahajanga, de l'ordre de 63,5% ; 54,9% et 37,9% respectivement. Elles sont significativement moins importantes à Fianarantsoa (19,5%), Antsirabe (21,4%) et Moramanga (23,1%).

Dans l'ensemble, un peu moins de la moitié des professionnelles du sexe (40,4%) souhaitent faire un test VIH et retirer le résultat durant le prochains mois. Les pourcentages les plus élevés de PS

souhaitant faire un test VIH et retirer le résultat durant le prochains mois, se trouvent à Antananarivo (60%), Mahajanga (57%), Moramanga (45%), et Morondava (42%). Très peu de PS souhaitent faire un test VIH et retirer le résultat durant le prochains mois à Nosy Be (6%) et Toamasina (13%).

Tableau 17: Professionnelles du sexe ayant présenté au moins une fois des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois							
Souhait de faire un test VIH et retirer le résultat durant le prochains mois, N=2620							
	PS ayant présenté au moins une fois des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois			PS souhaitant faire un test VIH et retirer le résultat durant le prochains mois			N
	ni	%	IC (95%)	ni	%	IC (95%)	
Age							
<25 ans	387	38,7	[26,0 - 51,5]	399	36,1	[24,5 - 48,1]	1082
≥25 ans	464	34,3	[21,8 - 45,5]	684	43,7	[34,0 - 55,9]	1538
Site d'enquête							
Antananarivo	70	26,0	[19,8 - 32,9]	182	59,8	[51,4 - 68,4]	281
Antsirabe	37	21,4	[14,5 - 28,4]	87	38,3	[30,4 - 47,8]	194
Antsiranana	143	54,9	[46,0 - 63,4]	84	24,5	[18,0 - 31,9]	263
Fianarantsoa	55	19,5	[13,5 - 25,7]	78	27,6	[21,5 - 34,4]	263
Mahajanga	96	37,9	[29,8 - 46,0]	150	56,7	[49,4 - 65,5]	242
Moramanga	61	23,1	[17,6 - 29,2]	117	44,6	[38,2 - 52,0]	263
Morondava	64	26,0	[18,9 - 34,1]	106	42,4	[34,0 - 51,0]	230
Nosy Be	102	63,5	[54,3 - 70,7]	15	6,0	[2,8 - 11,9]	167
Toamasina	73	24,8	[18,9 - 31,8]	55	15,0	[9,6 - 18,7]	276
Taolagnaro	65	24,9	[19,3 - 30,6]	88	31,5	[25,7 - 39,2]	249
Toliary	85	36,0	[28,1 - 46,8]	121	54,8	[45,6 - 64,9]	192
Ensemble	851	34,1	[26,2 - 42,1]	1083	40,4	[32,3 - 50,0]	2620

Le pourcentage de professionnelles du sexe souhaitant utiliser systématiquement un préservatif masculin avec les clients, a atteint 69,3%. Par contre, pour le préservatif féminin, ce pourcentage est seulement de 19,4%. La différence de pourcentages est statistiquement significative. Plus des 2/3 des professionnelles du sexe souhaitent utiliser systématiquement un préservatif masculin avec les clients à Antananarivo, Antsirabe, Antsiranana, Fianarantsoa et Moramanga, et Toamasina, alors que ce taux est seulement de 28,8% à Nosy Be.

Les pourcentages de professionnelles du sexe souhaitant utiliser systématiquement un préservatif féminin avec les clients sont relativement faibles à Antsiranana (6%), Morondava (6,5%), Taolagnaro (6,7%), Mahajanga (6,9%), et Toliary (15,4%). Par contre, ils sont significativement plus élevés à Fianarantsoa (54%), Moramanga (33,5%), Toamasina (32,9%), et Antsirabe (29,5%).

Tableau 18: Pourcentage de professionnelles du sexe souhaitant utiliser systématiquement un préservatif masculin avec les clients et utiliser un préservatif féminin avec les clients, N≈2620								
	Utiliser systématiquement un préservatif masculin avec les clients				Utiliser systématiquement un préservatif féminin avec les clients			
	ni	%	IC (95%)	N	ni	%	IC (95%)	N
Age								
<25 ans	713	66,6	[58,9 - 75,9]	1075	134	17,1	[9,8 - 25,8]	648
≥25 ans	1143	70,3	[64,2 - 77,7]	1535	260	23,1	[14,3 - 33,2]	1063
Site d'enquête								
Antananarivo	266	95,6	[92,6 - 97,9]	281	55	23,0	[16,3 - 30,9]	212
Antsirabe	180	90,9	[85,7 - 95,7]	194	44	29,5	[20,2 - 36,9]	157
Antsiranana	215	84,8	[78,7 - 90,1]	262	11	6,0	[2,2 - 10,2]	146
Fianarantsoa	237	88,9	[84,3 - 93,2]	263	101	53,7	[46,1 - 63,3]	180
Mahajanga	101	41,2	[34,4 - 49,4]	242	10	6,9	[2,5 - 11,8]	182
Moramanga	237	89,1	[84,1 - 93,4]	263	59	33,5	[26,1 - 41,4]	156
Morondava	138	60,3	[52,1 - 68,5]	228	7	6,5	[2,0 - 12,4]	162
Nosy Be	49	28,8	[21,2 - 37,1]	166	8	21,9	[9,9 - 46,4]	51
Toamasina	200	73,0	[66,4 - 78,5]	276	61	32,9	[26,0 - 46,3]	163
Taolagnaro	129	50,6	[44,7 - 58,0]	248	13	6,7	[2,3 - 10,7]	149
Toliary	104	49,1	[43,2 - 61,4]	187	25	15,4	[8,3 - 19,7]	153
Ensemble	1856	69,3	[65,2 - 74,5]	2610	394	19,4	[13,9-25,7]	1711

IV.3.2. Connaissances des professionnelles du sexe sur les IST et le VIH

La proportion de professionnelles du sexe qui connaissent le condom masculin est élevée, dépassant les 90% dans toutes les villes. Cependant, on observe des variations de proportions statistiquement significatives selon l'âge : 98,6% chez les moins de 25 ans et 87,5% chez les professionnelles du sexe de 25 ans et plus.

Les résultats montrent que la proportion de professionnelles du sexe qui connaissent le condom féminin est significativement plus basse comparativement à la proportion de professionnelles du sexe qui connaissent le condom masculin: 59,4% vs 98,3%.

Tableau 19 : Proportion de professionnelles du sexe qui connaissent le condom masculin et le condom féminin, N=2620							
	Condom masculin			Condom féminin			N
	ni	%	IC 95%	ni	%	IC 95%	
Age							
<25 ans	1075	98,6	[96,2 - 100]	648	54,1	[43,7 – 65,3]	1082
≥25 ans	1535	87,5	[87,7 – 89,4]	1063	61,4	[50,0 – 75,1]	1538
Site d'enquête							
Antananarivo	281	100	[100 – 100]	212	71,4	[63,9 – 78,8]	281
Antsirabe	194	100	[100 – 100]	157	76,4	[65,4 – 84,0]	194
Antsiranana	262	98,9	[95,9 – 100]	146	33,6	[26,7 – 44,1]	262
Fianarantsoa	263	100	[100 - 100]	180	65,2	[58,2 – 72,1]	263
Mahajanga	242	100	[100 – 100]	182	67,9	[59,3 – 76,5]	242
Moramanga	263	100	[100 - 100]	156	49,5	[42,0 – 58,3]	263
Morondava	228	97,8	[93,3 - 100]	162	67,7	[59,7 – 75,6]	228
Nosy Be	166	96,6	[90,8 - 100]	51	29,1	[21,9 – 38,4]	166
Toamasina	276	100	[100 – 100]	163	54,0	[44,3 – 58,8]	276
Taolagnaro	248	99,4	[96,6 – 100]	149	49,5	[40,4 – 57,5]	248
Toliary	187	91,1	[84,8 – 98,8]	153	78,9	[70,6 – 85,8]	187
Ensemble	2610	98,3	[96,4 – 99,9]	1711	59,4	[51,1 – 67,8]	2620

Les proportions de professionnelles du sexe qui connaissent un point de vente/distribution de condom masculin et féminin sont élevées, de l'ordre de 100% et de 98,2% respectivement, mais la différence de pourcentage est statistiquement significative. En ce qui concerne la connaissance de point de vente de condom féminin elle est de 100% chez les PS provenant de la majorité des villes, sauf à Morondava et Taolagnaro, où les pourcentages de PS sexe qui connaissent le condom féminin sont estimés à 91% et de 96%, respectivement.

Tableau 20 : Proportion de professionnelles du sexe qui connaissent un point de vente/distribution de condoms masculin et féminin, N≈2620								
	Condom masculin				Condom féminin			
	ni	%	IC 95%	N	ni	%	IC 95%	N
Age								
<25 ans	1075	100	[100 – 100]	1075	635	97,3	[94,5 – 99,8]	648
≥25 ans	1535	100	[100 – 100]	1535	1046	99,0	[96,7 - 100]	1063
Site d'enquête								
Antananarivo	281	100	[100 – 100]	281	212	100	[100 – 100]	212
Antsirabe	194	100	[100 – 100]	194	157	100	[100 – 100]	157
Antsiranana	262	100	[100 – 100]	262	145	98,2	[92,0 - 100]	146
Fianarantsoa	263	100	[100 – 100]	263	180	100	[100 – 100]	180
Mahajanga	242	100	[100 – 100]	242	181	93,8	[85,8 - 100]	182
Moramanga	263	100	[100 – 100]	263	156	100	[100 – 100]	156
Morondava	230	100	[100 – 100]	230	142	90,7	[84,0 – 96,6]	162
Nosy Be	167	100	[100 – 100]	167	51	100	[100 – 100]	51
Toamasina	276	100	[100 – 100]	276	163	100	[100 – 100]	163
Taolagnaro	249	100	[100 – 100]	249	142	96,3	[93,4 – 98,7]	149
Toliary	192	100	[100 – 100]	192	152	99,8	[99,4 - 100]	153
Ensemble	2610	100	[100 – 100]	2610	1681	98,2	[96,3 – 99,7]	1711

Seul le quart des professionnelles du sexe pouvait identifier correctement les deux méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et rejetaient les trois principales idées fausses concernant la transmission et la prévention du VIH/SIDA. Cependant, on a trouvé que ce pourcentage est significativement plus élevé à Antananarivo, 37,3%, comparativement à Nosy Be (7,4%), Toamasina (8,4%), Toliary (13,7%), et Mahajanga (19,5%).

Les connaissances des professionnelles du sexe sur la transmission du VIH et sa prévention sont toutefois beaucoup plus riches d'après leurs réponses spontanées aux questions sur le sujet. Ainsi, les pourcentages de professionnelles du sexe possédant à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH dépassent les 95% dans la majorité des sites, sauf à Nosy Be (87%).

Tableau 21 : Connaissances sur la prévention et la transmission sexuelle du VIH, N=2620

	N			N			N
	ni	%	IC 95%	ni	%	IC 95%	
Age							
<25 ans	272	21,4	[1,2 – 9,8]	1056	97,2	[94,5 – 99,0]	1082
≥25 ans	455	27,4	[1,5 – 8,7]	1521	98,5	[95,6 - 100]	1538
Site d'enquête							
Antananarivo	123	37,3	[29,5 – 49,0]	279	99,2	[97,8 - 100]	281
Antsirabe	47	23,8	[17 – 31,4]	194	100	-	194
Antsiranana	77	27,9	[21,2 – 35,8]	162	99,5	[97,0 - 100]	263
Fianarantsoa	77	32,9	[25,7 – 39,8]	262	99,5	[98,4 - 100]	263
Mahajanga	47	19,5	[13,2 – 26,5]	236	97,8	[95,8 – 99,4]	242
Moramanga	123	43,4	[36,2 – 51,2]	263	100	-	263
Morondava	72	32,7	[26,1 – 40,1]	223	95,6	[91,4 – 98,8]	230
Nosy Be	18	7,4	[3,5 – 13,3]	149	87,0	[81,3 – 91,3]	167
Toamasina	46	8,4	[4,7 – 14,9]	27	98,9	[97,2 - 100]	276
Taolagnaro	62	21,3	[15,2 – 30,8]	245	98,4	[96,6 – 99,8]	249
Toliary	35	13,7	[8,9 – 21,8]	191	99,6	[96,4 - 100]	192
Ensemble	727	24,6	[18,6 – 32,5]	2577	98,0	[95,9 – 99,3]	2620

Dans l'ensemble, le pourcentage de professionnelles du sexe qui connaissent un lieu de dépistage du VIH est relativement élevé estimé à 70%. Ce pourcentage varie significativement d'une ville à

l'autre, passant de 13,4% à Nosy Be à 91% à Toliary. Il dépasse les 75% à Antananarivo, Antsirabe, Fianarantsoa, Moramanga et Toliary, tandis qu'à Antsiranana, Mahajanga, Morondava, Toamasina et Taolagnaro, ce taux de connaissance de lieu de dépistage du VIH tourne autour de 65%.

Tableau 22 : Pourcentage de professionnelles du sexe qui connaissent un lieu de dépistage du VIH, N=2620				
	ni	%	IC 95%	N
Age				
<25 ans	705	63,5	[53,8 – 73,0]	1082
≥25 ans	1189	65,2	[59,5 – 73,8]	1538
Site d'enquête				
Antananarivo	233	79,9	[72,0 – 80,0]	281
Antsirabe	154	74,9	[68,1 – 82,5]	194
Antsiranana	184	65,1	[58,4 – 73,6]	263
Fianarantsoa	209	80,0	[74,8 – 85,2]	263
Mahajanga	164	65,3	[57,7 – 73,8]	242
Moramanga	237	88,7	[83,7 – 93,0]	263
Morondava	152	63,6	[55,7 – 72,3]	230
Nosy Be	28	13,4	[8,6 – 20,3]	167
Toamasina	184	64,2	[58,9 – 71,3]	276
Taolagnaro	170	65,4	[58,8 – 72,7]	249
Toliary	179	91,0	[85,2 – 96,2]	192
Ensemble	1894	70,0	[63,5 – 75,0]	2620

Globalement, la proportion de PS qui connaissent au moins deux signes d'IST connus chez l'homme est de 32% et celle des PS qui connaissent au moins deux signes d'IST connus chez la femme est de 69%. On trouve les proportions les plus élevées de professionnelles du sexe qui ne connaissent aucun signe d'IST connu chez la femme et chez l'homme à Nosy Be, autour de 30%. Inversement, on trouve très peu de professionnelles du sexe qui ne connaissent aucun signe d'IST connu chez la femme et chez l'homme à Moramanga, approximativement 1% seulement.

La proportion de professionnelles du sexe qui connaissent 2 signes d'IST et plus, connus chez la femme est plus importante que la proportion de de professionnelles du sexe qui connaissent 2 signes d'IST et plus, connus chez l'homme: 69,5% vs 31,2%. La différence est statistiquement significative. Quand il s'agit d'un seul signe d'IST, il y a plus de professionnelles de sexe qui connaissent un signe d'IST connu chez l'homme que de professionnelles de sexe qui connaissent un signe d'IST connu chez la femme : 44,6% vs 11,8%. La différence de proportion est statistiquement significative.

Tableau 23 : Proportion de professionnelles du sexe connaissant au moins deux signes d'IST chez l'homme et chez la femme, N=2620							
	Chez l'homme			Chez la femme			N
	ni	%	IC 95%	ni	%	IC 95%	
Age							
<25 ans	358	26,0	[14,9 – 36,9]	718	23,6	[13,6 – 34,4]	1082
≥25 ans	582	23,2	[14,0 – 32,8]	1207	14,7	[7,5 – 22,2]	1538
Site d'enquête							
Antananarivo	76	22,1	[16,6 – 28,7]	210	71,1	[64,2 – 78,2]	281
Antsirabe	74	36,7	[28,1 – 45,1]	166	80,6	[73,7 – 87,7]	194
Antsiranana	37	12,7	[7,9 – 18,4]	175	61,9	[54,6 – 70,5]	263
Fianarantsoa	60	20,4	[14,6 – 26,3]	159	55,6	[48,5 – 63,4]	263
Mahajanga	52	15,5	[11,3 – 22,2]	164	63,0	[54,7 – 72,2]	242
Moramanga	178	69,0	[62,9 – 75,9]	256	96,6	[93,6 – 99,1]	263
Morondava	130	57,5	[51,0 – 65,2]	170	71,7	[65,6 – 79,0]	230
Nosy Be	70	44,5	[30,8 – 56,7]	101	57,4	[46,3 – 69,1]	167
Toamasina	94	30,9	[23,3 – 35,8]	213	75,5	[68,0 – 80,8]	276
Taolagnaro	59	20,1	[14,4 – 26,7]	156	60,6	[55,0 – 68,3]	249
Toliary	110	53,5	[44,9 – 64,4]	155	76,3	[66,8 – 83,0]	192
Ensemble	940	31,7	[25,2 – 38,4]	1925	69,5	[62,3 – 76,9]	2620

IV.4. Relations des Connaissances - Attitudes et Pratiques avec l'infection au VIH et la syphilis active

Des analyses multivariées étaient réalisées pour étudier la corrélation entre les Connaissances – Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe avec l'infection au VIH, puis la syphilis (variables dépendantes). A part les caractéristiques sociodémographiques et géographiques, dont l'âge, le statut marital, le niveau d'instruction, les villes d'enquête, les indicateurs de connaissances, attitudes et pratiques spécifiés dans le protocole de recherche ont été insérés comme variables indépendantes dans les modèles. Afin d'obtenir des modèles complets, d'autres facteurs de risques relevés par les résultats d'analyses bivariées (non présentés) et appuyés par la littérature ont été également introduits. Les pratiques comme le piercing et le tatouage, ainsi que les lieux fréquentés par les professionnelles du sexe pour trouver les clients figuraient parmi les variables indépendantes.

Selon les résultats, le risque d'être séropositif au VIH est de 67% moins important chez les professionnelles du sexe qui souhaitent utiliser systématiquement le préservatif avec les clients, comparativement aux professionnelles du sexe qui ne souhaitent pas utiliser systématiquement le préservatif avec le client ($p < 0,05$), assumant que les valeurs des autres facteurs sont fixes.

Tableau 24: Effets des Connaissances- Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe sur le statut sérologique du VIH, N=2620			
	OR ajusté	IC 95%	p
Connaissances			
Peuvent identifier correctement les deux méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les trois principales idées fausses concernant la transmission et la prévention du VIH/SIDA	1,22	[0,49-3,04]	0,676
Oui			
Non (réf)			
Attitude			
Souhaite utiliser systématiquement un préservatif (masculin ou féminin) avec les clients	0,33	[0,13-0,84]	0,020*
Oui			
Non (réf)			
Pratiques			
Nombre moyen de partenaires sexuels par professionnelles de sexe par an (ordinal)	1,06	[0,98-1,14]	0,136
Utilisation du préservatif avec le dernier client les 30 derniers jours	1,03	[0,24-19,81]	0,490
Oui			
Non (réf)			
Avoir un ou des tatouages sur le corps	3,37	[1,47-7,72]	0,004*
Oui			
Non (réf)			
Site d'enquête			
Antananarivo	0,42	[0,05-3,67]	0,35
Antsirabe	-	-	-
Fianarantsoa	0,56	[0,06-4,92]	0,598
Mahajanga	7,69	[1,34-44,06]	0,022*
Moramanga	0,45	[0,03-5,9]	0,540
Morondava	5,45	[0,93-31,97]	0,06
Nosy Be	1,71	[0,24-12,03]	0,589
Toamasina	1,18	[0,13-10,79]	0,886
Taolagnaro	0,27	[0,02-4,19]	0,351
Toliary	0,93	[0,11 – 8,3]	0,951
Antsiranana	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>

Par ailleurs, le risque d'avoir une sérologie positive au VIH est 3,4 fois plus élevé chez les professionnelles du sexe qui ont un tatouage sur le corps comparativement aux professionnelles qui ne l'ont pas ($p < 0,001$). Une variation de la prévalence de l'infection au VIH est observée entre les villes. Ainsi, le risque d'être séropositive au VIH est 7,7 fois plus important chez les professionnelles du sexe travaillant ou résidant dans la ville de Mahajanga par rapport à celles qui travaillent ou habitent à Antsiranana.

Tableau 25 : Effets des Connaissances- Attitudes et Pratiques des professionnelles du sexe sur le statut sérologique de la syphilis, N=2620			
	OR ajusté	IC 95%	p
Connaissances			
Peuvent identifier correctement les deux méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les trois principales idées fausses concernant la transmission et la prévention du VIH/SIDA	0,52	[0,29-0,93]	0,027*
Oui			
Non (réf)			
Attitude			
Souhaite utiliser systématiquement un préservatif (masculin ou féminin) avec les clients	0,74	[0,42-1,3]	0,301
Oui			
Non (réf)			
Pratiques			
Nombre moyen de partenaires sexuels par an (ordinal)	1,08	[1,1-1,15]	0,023*
Utilisation du préservatif avec le dernier client les 30 derniers jours	0,99	[0,6-1,62]	0,965
Oui			
Non (réf)			
Avoir un ou des tatouages sur le corps	2,27	[1,43-3,58]	0,000*
Oui			
Non (réf)			
Site d'enquête			
Antananarivo	1,04	[0,34-3,14]	0,951
Antsirabe	0,64	[0,17-2,44]	0,514
Fianarantsoa	1,30	[0,42-4,08]	0,650
Antsiranana	1,52	[0,46-5,01]	0,495
Moramanga	1,84	[0,6-5,65]	0,288
Morondava	2,16	[0,71-6,52]	0,172
Nosy Be	-	-	-
Toamasina	2,96	[1,0-8,7]	0,049
Taolagnaro	1,46	[0,48-4,44]	0,500
Toliary	2,21	[0,79- 6,19]	0,133
Mahajanga	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>

Selon les résultats, le risque d'être séropositive à la syphilis est de 48% moins important chez professionnelles du sexe qui peuvent identifier correctement les deux méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les trois principales idées fausses concernant la transmission et la prévention du VIH/SIDA par rapport à celles qui ne peuvent pas identifier correctement les deux méthodes de prévention et qui ne rejettent pas les trois principales idées fausses.

En outre, le nombre moyen de partenaires sexuels par an est positivement associé à un statut sérologique positif de la syphilis active ($p < 0,05$). La présente enquête de surveillance a également révélé que les personnes qui ont un ou plusieurs tatouages sur le corps ont 2,3 fois de risque d'être séropositives à la syphilis que les personnes qui n'ont pas de tatouage sur leur corps.

IV.5. Estimation de la taille des populations des professionnelles du sexe

La méthode appelée « Unique Object Multiplier Method » était utilisée pour estimer la taille des populations des professionnelles du sexe. Pour ce faire, deux semaines avant le début de la collecte des données quantitatives, les objets uniques spécifiquement conçus et qui se présentent sous forme de « porte-clés », ont été distribués. Avec l'aide des graines, un total de 3 987 objets uniques était distribué. Si les onze villes d'enquête étaient considérées comme seules unités d'étude, et pour un nombre de graines allant de 1 à n, en appliquant la formule $S=O/P$ pour calculer la taille de la population des PS, la taille estimée de cette population est de 53 878.

Tableau 26 : Taille estimée de la population des professionnelles du sexe				
Ville	Taille estimée	IC (95%)	P	O
Antananarivo	11 952	[6 877 – 27 889]	0,042	502
Antsirabe	2 174	[1 335 – 3 757]	0,121	263
Antsiranana	7 273	[4 000 – 13 333]	0,055	400
Fianarantsoa	2 667	[1 829 – 3 728]	0,144	384
Mahajanga	6 667	[3 065 – 18 095]	0,057	380
Moramanga	3 514	[2 085 – 7 688]	0,07	246
Morondava	3 250	[2 215 – 5 642]	0,092	299
Nosy-be	4 366	[2 331 – 9 688]	0,071	310
Toamasina	5 102	[3 676 - 7 937]	0,098	500
Taolagnaro	4 603	[2 953 – 9 206]	0,068	313
Toliary	7 358	[3 939 – 13 929]	0,053	390
Ensemble	53 878	[40 709- 78 161]	0,074	3987

S = O/P où S représente la taille estimée des professionnelles du sexe, O le nombre d'objets distribués au cours de la période de l'étude et P la proportion de répondantes ayant déclaré au cours de l'enquête comportementale avoir reçu un exemplaire de l'objet unique distribué.

Comparativement à la taille estimée des populations des professionnelles du sexe lors de la précédente ESBC 2012, la taille estimée des populations des professionnelles du sexe a significativement augmenté dans la totalité des villes sauf à Antsirabe. Dans la ville d'Antananarivo, la taille de population des professionnelles du sexe a augmenté d'environ 10 fois, l'augmentation est de 5 à 6 fois à Taolagnaro, Antsiranana, Morondava et Toliary.

IV.6. Rendu des résultats

Le dernier jour de la collecte de données, le nombre de participantes effectivement venues au site d'enquête pour chercher leurs résultats biologiques (VIH et syphilis) était inventorié. Dans l'ensemble des onze des villes d'enquête, leurs résultats ont été rendus à 1128 PS, indiquant une réalisation de 43,1%.

V. DISCUSSIONS

Les données globales de l'ESBC 2016 montrent que la séroprévalence de l'infection au VIH s'élève à 5,6% chez la population des professionnelles du sexe. Elle est estimée à moins de 1% dans la population générale adulte de 15 à 49 ans, indiquant que Madagascar présente un profil épidémiologique de type concentré. Cependant, les résultats ne permettent pas de confirmer l'hypothèse d'une augmentation de la séroprévalence du VIH et de la syphilis dans la population des professionnelles du sexe, comparativement aux résultats de l'ESBC 2012.

Probablement déterminée par le contexte socioéconomique précaire, une augmentation importante du nombre de PS est observée par rapport à l'année 2012. Par exemple, il est passé de 1 171 en 2012⁴³ à 11 952 en 2016. On note également que les PS de 2016 ont des activités plus variées. La variation des types ou d'activités de PS recrutées pourrait avoir déterminé les résultats. Par exemple, on a observé de plus en plus de PS « contactées » par téléphone, travaillant dans les boîtes de nuit et les salles de massage lors de l'ESBC 2016. Néanmoins, la séroprévalence de l'infection au VIH (5,6%) et celle de la syphilis (12,9%) sont restées élevées.

Une hausse significative du taux de séroprévalence du VIH est rapportée dans trois villes, notamment Mahajanga, Antsiranana et Taolagnaro, comparativement aux résultats de 2012. Même si la prévalence élevée observée à Mahajanga (23%) pouvait être expliquée par la forte affluence de PS venant d'autres localités pour assister à un événement, et qui s'est déroulé dans cette ville pendant la période d'enquête, rien ne démontre que l'épidémie a regressé, une riposte assurée est requise pour mettre fin à cette menace.

⁴³ SE/CNLS, 2012: ESBC PS 2012

A côté de ces signes de progression d'allure menaçante, des PS ont rapporté des pratiques qui pouvaient les avoir exposées au risque d'infection par le VIH et les IST. Presque la moitié des PS de 15 à 24 ans a rapporté être sexuellement active avant l'âge de 15 ans. L'utilisation de préservatif n'était pas systématique avec les clients les 30 derniers jours pour 56% des PS. Pourtant, presque toutes les femmes enquêtées connaissaient le préservatif masculin et leurs points de vente. Le pourcentage de professionnelles du sexe possédant à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH est élevé (98%).

Ces résultats montrent que les PS ont une connaissance élevée de la prévention de l'infection au VIH mais s'exposent quand même au risque de contracter la maladie. Il existe un écart important entre les connaissances et les pratiques des PS en matière de prévention.

Lors de la recherche formative, il a été évoqué que des obstacles d'origine financière ont empêché les PS d'adopter des pratiques sexuelles sécuritaires comme l'utilisation systématique de préservatif avec les clients. En effet, des PS ne rejetaient pas le préservatif et l'utilisaient pour se protéger contre les maladies mais les clients ont demandé de s'en passer moyennant des montants supplémentaires qu'elles ne pouvaient pas refuser. En outre, une PS a rapporté qu'elle ne pouvait pas se permettre d'acheter les préservatifs proposés par l'hôtel, et ceux distribués gratuitement se faisaient rares. A part la distribution gratuite de préservatif, le renforcement de capacité de négociation est suggéré pour cette communauté. L'accompagnement des PS par des initiatives s'adressant au problème économique de fond, comme la mise en place de projets comportant des activités génératrices de revenu permettrait de réduire ces pratiques à risque.

L'observation d'une proportion importante de PS ayant des connaissances exactes sur le préservatif masculin et les points de vente ne devrait cependant pas réduire les activités de communication pour le changement de comportement, qui devraient être renforcées. En effet, selon les résultats, le pourcentage de professionnelles du sexe qui peuvent identifier correctement les deux méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les trois principales idées fausses concernant la transmission et la prévention du VIH/SIDA est encore relativement faible, de l'ordre de 25%.

L'écart entre les connaissances et le comportement sécuritaire vis-à-vis du VIH est également observé chez les participantes en ce qui concerne le test de dépistage du VIH. En effet, si plus des deux tiers des PS connaissaient un lieu de dépistage du VIH, seules 40% d'entre elles ont exprimé le souhait de faire un test de dépistage volontaire du VIH et retirer le résultat durant le prochains mois. De plus, la même proportion de PS (40%) ont rapporté avoir subi volontairement le test du VIH les 12 derniers mois, suggérant qu'une proportion importante de PS ne seraient pas motivées, ou auraient besoin de motivations pour subir le test. Le manque de temps, des contraintes dues aux activités de jour étaient souvent mentionnés comme freins. Comme les programmes proposant des dépistages volontaires mobiles nocturnes sont bien acceptés par des PS (information tirée lors de la recherche formative), leur renforcement est recommandé.

La présente étude a rapporté de nouvelles informations comme le risque d'infection par le VIH et la syphilis à la pratique du tatouage. Bien qu'une étude récente ait confirmé l'association entre le tatouage et l'infection au VIH⁴⁴, peu de travaux ont documenté le sujet. Il est suggéré d'approfondir les investigations en menant une recherche sur la pratique du tatouage auprès de la communauté des PS avant de mettre en place des stratégies adaptées.

Le pourcentage de PS ayant déclaré avoir subi des discriminations et stigmatisation est élevé. Plusieurs formes de discrimination ont été perpétrées par la société à l'encontre des PS et des membres de leur famille. Cependant, seulement 1% des PS a rapporté des discriminations de la part de personnels de santé. Etant donné que l'étude était menée dans des centres de santé, d'importantes sous-déclarations sont attendues. Les résultats motivent le renforcement des activités réduisant la discrimination des PS au niveau des formations sanitaires.

⁴⁴ Hashemi-Shahri & al, 2016

VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La séroprévalence du VIH est élevée, de l'ordre de 5,6% chez les professionnelles du sexe. Madagascar présente un profil épidémiologique du VIH de type concentré. La forte prévalence observée de la syphilis, des antécédents d'IST rapportés, la faible utilisation systématique de préservatif avec le client, et la faible fréquence du recours au dépistage du VIH par les PS, font redouter le risque de propagation de l'infection au VIH au sein de cette population. La riposte déjà entreprise doit être renforcée. Les stratégies recommandées comprennent :

- La conception des programmes de prévention du VIH, de soins et de traitements adaptés à cette population hautement vulnérable, dont entre autres l'encouragement au diagnostic précoce des IST et du VIH. La riposte au niveau national devrait considérer le renforcement de la prise en charge des IST chez les PS et l'intensification de la prise en charge du VIH dans les localités où la prévalence de l'infection au VIH est élevée ou a augmenté (Mahajanga, Taolagnaro, Antsiranana, Morondava, Nosy Be et Toamasina);
- Les activités motivantes et innovantes, permettant l'acquisition de compétences et des habitudes d'adopter des comportements sécuritaires vis-à-vis de l'infection au VIH chez les PS. Des initiatives d'accompagnement s'adressant aux principaux problèmes de fond (financiers, discriminations par la société) sont recommandées (ex : projets promouvant les activités génératrices de revenu) ;
- La conduite de recherche sur la pratique du tatouage et son contexte dans la communauté des PS afin d'identifier des interventions adaptées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. SE/CNLS, Ministère de la santé publique de Madagascar (2013). *Enquête Bio-comportementale auprès des Professionnelles du Sexe, 2012.*
2. Behets F.; Andriamiadana J.; Rasamilalao D.; Ratsimbazafy N.; Randrianasolo D.; Dallabetta G.; Cohen M. (2011). *Sexually transmitted infections and associated socio-demographic and behavioural factors in women seeking primary care suggest Madagascar's vulnerability to rapid HIV spread.* Trop Med Int Health. p202-11
3. Behets FM, Rasolofomanana JR, Van Damme K, Vaovola G, Andriamiadana J, Ranaivo A, McClamroch K, Dallabetta G, Van Dam J, Rasamilalao D, Rasamindra A; Mad-STI Working Group (2003). *Evidence-based treatment guidelines for sexually transmitted infections developed with and for female sex workers.* Trop Med Int Health.;8(3):251-8
4. Hoke TH, Feldblum PJ, Van Damme K, Nasution MD, Grey TW, Wong EL, Ralimamonjy L, Raharimalala L, Rasamindrakotroka A (2007). *Temporal trends in sexually transmitted infection prevalence and condom use following introduction of the female condom to Madagascar sex workers.* Int J STD AIDS. ;(7):461-6.
5. Harijaona V, Ramambason JD, Morisset R, Rasamindrakotroka A, Ravaoarinoro M. (2009). *Prevalence of and risk factors for sexually-transmitted infections in hidden female sex workers.* Med Mal Infect.; 39(12):909-13.
6. SE/CNLS, Ministère de la santé publique (2010). *Résultats de l'enquête de surveillance biologique de l'infection par le VIH et de la syphilis à Madagascar – Année 2010.*
7. OMS/ONUSIDA (2000). *Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH : les dix prochaines années.* Genève, URL : http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/secondgeneration_fr.pdf
8. Malekinejad M.; Johnston L.G.; Kendall, C. et al. (2008). *Using Respondent-Driven Sampling Methodology for HIV Biological and Behavioral Surveillance in International Settings: A Systematic Review.* AIDS Behav.; 12: 105-130.
9. Centers for Disease Control and Prevention (2012). *National HIV Behavioral Surveillance System in Injecting Drug Users – Round 3: Operations Manual.* Available from: Gabriela Paz-Bailey : (gpazbailey@cdc.gov)
10. University of California, San Francisco. (2014). *Global Strategic Information. Toolbox for conducting integrated HIV bio-behavioral surveillance (IBBS) in key populations.*
11. SE/CNLS, Ministère de la santé publique (2008). *Enquête de Surveillance Comportementale à Madagascar – Travailleurs de sexe – 2008.*

12. Volz, E.; Wejnert, C.; Cameron, C.; Spiller, M.; Barash, V.; Degani, I.; and Heckathorn, D.D. (2012). *Respondent-Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT)* Version 7.1. Ithaca, NY: Cornell University. Current.
13. MSIS (2012). *Mise à jour de la cartographie des communes de Madagascar à la propagation du VIH/SIDA*. URL: <http://www.aidsmada.mg/>
14. UNDP (2016). *Briefing note for countries on the 2016 Human Development: Madagascar*. URL : http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/MDG.pdf
15. INSTAT Madagascar (2014). *Tableau de bord économique. Octobre 2014*. N°17, p13
16. INSTAT Madagascar (2017). *Tableau de bord économique. Octobre 2017*. N°26, p13.
17. Ministère de l'Éducation Nationale (2015). *Examen national 2015 de l'Éducation pour tous : Madagascar*. p18
18. SE/CNLS (2014). *Rapport annuel de suivi de la mise en œuvre du plan national de réponse au VIH et au Sida. Année 2013*.
19. SE/CNLS (2014). *Cartographie programmatique de l'infection au VIH/sida, 2014*
20. SE/CNLS (2012). *Etude comportementale et biologique chez les consommateurs de drogues injectables dans les zones urbaines à Madagascar - 2012*
21. Borgatti, S.P., Everett, M.G. and Freeman, L.C. (2002). *Ucinet 6 for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies.
22. ONUSIDA (2014). *Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde : élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011*
23. Mark S. Handcock, Ian E. Fellows, Krista J. Gile (2014) *RDS Analyst: Software for the Analysis of Respondent-Driven Sampling Data, Version 0.50*, URL: <http://hpmrg.org>
24. SE/CNLS, Ministère de la santé publique (2010). *Enquête comportementale et biologique du VIH et de la syphilis chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes dans les zones Urbaines de Madagascar*.
25. National Institutes of Health Office of Extramural Research (2011). *Protecting Human Research Participants tutorial*. URL: <https://phrp.nihtraining.com>
26. Hashemi-Shahri MS & al. (2016). *Blood-Borne Infections in Tattooed People*. Int J Infect.; 3(2): e34944

ANNEXES

Annexe 1 : Indicateurs et modes de calcul

N°	INDICATEURS ET MODES DE CALCUL
Volet biologique	
1	<p>Pourcentage de professionnelles du sexe qui vivent avec le VIH (séroprévalence du VIH chez les PS)</p> $= \frac{\text{Nombre PS confirmées positives au test de dépistage du VIH (F401 = 1)}}{\text{Nombre de PS incluses dans l'échantillon (N)}}$
2	<p>Pourcentage de professionnelles du sexe présentant une syphilis active (séroprévalence de la syphilis chez les PS)</p> $\frac{\text{Nombre PS confirmées positives au test de dépistage de la syphilis (F401 = 2)}}{\text{Nombre de PS incluses dans l'échantillon (N)}}$
Pratiques des PS	
3	<p>Pourcentage de professionnelles du sexe atteintes par les programmes de prévention du VIH</p> $\frac{\text{Nombre de PS connaissant un centre de dépistage ET qui ont reçu des préservatifs gratuits au cours des 12 derniers mois (F253 = 1 et F236 = 1)}}{\text{Nombre total des PS enquêtées (N)}}$
4	<p>Pourcentage de PS qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat</p> $\frac{\text{Nombre de PS qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (F255=1 et F257=1)}}{\text{Nombre total des PS enquêtées (N)}}$
5a	<p>Proportion de professionnelles du sexe de 15 à 24 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels au plus tard à 15 ans</p> $\frac{\text{Nombre de PS ayant de 15 à 24 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels au plus tard à 15 ans (F201)}}{\text{Nombre total de PS } \leq 24 \text{ ans (F103)}}$
5b	<p>Proportion de PS de 15 à 24 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels au plus tard à 18 ans</p> $\frac{\text{Nombre de PS ayant 15 à 24 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels au plus tard à 18 ans (F201)}}{\text{Nombre total de PS } \leq 24 \text{ ans (F103)}}$
5c	<p>Age médian des PS de 15 à 24 ans aux premiers rapports sexuels</p> <p>Age médian des PS aux premiers rapports sexuels (F201) parmi les PS ≤ 24 ans (F103)</p>
6	<p>Nombre moyen d'actes sexuels par professionnelle de sexe par an</p> <p>MOYENNE [(Nombre de clients les 7 derniers jours F203a x Nombre d'actes sexuels par clients les 7 derniers jours F205a) + (Nombre de partenaires sexuels non payants les 7 derniers jours F203b x Nombre de partenaires sexuels non payants les 7 derniers jours F205b)] x 52 semaines</p>

7	<p>Pourcentage de PS connaissant le condom masculin</p> <p><i>Num : F237=1</i></p> <p><i>Dénom : N</i></p>
8	<p>Pourcentage de PS connaissant le condom féminin</p> <p><i>Num : F240=1</i></p> <p><i>Dénom : N</i></p>
9	<p>Pourcentage de PS connaissant un point de vente/distribution de préservatifs masculins</p> <p><i>Num : Existence de « 1 » dans F238a - F238 h OU dans F239a - F239g</i></p> <p><i>Dénom : F237=1</i></p>
10	<p>Pourcentage de PS connaissant un point de vente/distribution de préservatifs féminins</p> <p><i>Num : Existence de « 1 » dans F241a - F241 h OU dans F242a - F242g</i></p> <p><i>Dénom : F240=1</i></p>
11	<p>Pourcentage des professionnelles de sexe ayant présenté au moins une fois des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois</p> <p><i>Num : F243=1 ou F244=1</i></p> <p><i>Dénom : N</i></p>
12	<p>Proportion de PS de 15 à 24 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels au plus tard à 15 ans</p> <p><i>Num : F201 ≤ 15 ans</i></p> <p><i>Dénom : F103 ≤ 24ans</i></p>
13	<p>Proportion de PS de 15 à 24 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels au plus tard à 18 ans</p> <p><i>Num : F201 ≤ 18 ans</i></p> <p><i>Dénom : F103 ≤ 24ans</i></p>
14	<p>Age médian des PS de 15 à 24 ans aux premiers rapports sexuels</p> <p><i>Médian F201 if F103 ≤ 24ans</i></p>
15	<p>Nombre moyen d'actes sexuels par professionnelles de sexe par an</p> <p><i>[F203a x F205a) + (F203b x F205b)]x52</i></p>

16	<p>Nombre moyen de partenaires sexuels par professionnelles de sexe par an</p> <p><i>Num : F204 x 52</i></p> <p><i>Dénom : N</i></p>
17	<p>Pourcentage de PS qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client</p> <p><i>Num : F213=1</i></p> <p><i>Dénom : N</i></p>
18	<p>Proportion de PS qui ont utilisé systématiquement du préservatif avec les clients au cours des 30 derniers jours</p> <p><i>Num : F215=1</i></p> <p><i>Dénom : N</i></p>
19	<p>Proportion de professionnelles du sexe qui ont consommé de l'alcool et/ou consommé de la drogue au cours des 30 derniers jours</p> <p><i>Numérateur : F229=1 ou F231a =1 ou F231b =1 ou F231c = 1 ou F231d = 1</i></p> <p><i>Dénom : N</i></p>
20	<p>Proportion de professionnelles du sexe qui ont consommé de la drogue injectable au cours des 12 derniers mois</p> <p><i>Num : F233≥1</i></p> <p><i>Dénom : N</i></p>
21	<p>Proportion de professionnelles du sexe ayant subi des formes de stigmatisation ou de discrimination</p> <p><i>Num : F315=1</i></p> <p><i>Dénom : N</i></p>
22	<p>Pourcentage de professionnelles du sexe qui n'expriment pas une attitude discriminatoire envers les PVVIH</p> <p><i>Numérateur : [F313 =1 et F314=1 et F315 = 1 et F316 = 1 et F317 =1 et F318 =1 et F319a = 2 et F319b=2]</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre de PS enquêtées N</i></p>
Attitudes des PS	
23	<p>Pourcentage de professionnelles du sexe souhaitant faire un test VIH et retirer le résultat durant le prochain mois</p> <p><i>Num : F255=1 et F257=1</i></p> <p><i>Dénom : N</i></p>
24	<p>Pourcentage de professionnelles du sexe souhaitant utiliser systématiquement un préservatif masculin avec les clients</p> <p><i>Num : F307=1</i></p> <p><i>Dénom : F237=1</i></p>
25	<p>Pourcentage de professionnelles du sexe souhaitant utiliser systématiquement un préservatif féminin avec les clients</p> <p><i>Num : F309=1</i></p> <p><i>Dénom : F240=1</i></p>

26	<p>Pourcentage de professionnelles du sexe qui peuvent identifier correctement les deux méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les trois principales idées fausses concernant la transmission et la prévention du VIH/SIDA</p> $\frac{\text{Nombre de PS qui ont identifié les méthodes correctes de prévention et les fausses idées concernant la transmission du VIH (*)}}{\text{Nombre de PS incluses dans l'échantillon (N)}}$ <p>(*) : (F305a = 1) ET (F305b = 1) ET (F305c = 2) ET (F305d = 1) ET (F305e = 2)</p>
27	<p>Pourcentage de PS femmes possédant à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH (réponse spontanée)</p> $\frac{\text{Nombre de PS selon la connaissance exacte des moyens de prévention du VIH et des fausses idées sur sa transmission (**)}}{\text{Nombre de PS incluses dans l'échantillon (N)}}$ <p>(**): [(F304a = 1) OU (F304c = 1) OU (F304e = 1) OU (F304f = 1) OU (F304g = 1) OU (F304i = 1)] ET (F304b = 2) OU (F304d = 2) OU (F304h=2)]</p>
28	<p>Proportion de professionnelles du sexe selon le nombre de signes d'IST connus chez la femme</p> $\frac{\text{Nombre de PS selon le nombre de symptômes d'IST chez la femme cités (*)}}{\text{Nombre de PS ayant déjà entendu parler d'IST (F301 = 1)}} \times 100$ <p>$\sum F302 = 0$ (Zéro) $\sum F302 = 1$ (1) $\sum F302 \geq 2$ (2 et +)</p>
29	<p>Proportion de professionnelles du sexe selon le nombre de signes d'IST connus chez l'homme</p> $\frac{\text{Nombre de PS selon le nombre de symptômes d'IST chez l'homme cités (*)}}{\text{Nombre de PS ayant déjà entendu parler d'IST (F301 = 1)}} \times 100$ <p>$\sum F303 = 0$ (Zéro) $\sum F303 = 1$ (1) $\sum F303 \geq 2$ (2 et +)</p>

SECTION 1 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES, FAMILLE, PROFESSION

No.	Fanontaniana sy Sivana	Valiny sy Codes	Tonga dia
F101	Ora nanombohan'ny fanadihadiana	[_]_] ora []_] minitra	
F102	Oviana ianao no teraka?	[]_] []_] []_] []_] Jour Mois Année Tsy fantatra ny andro sy volana 98 Tsy fantatra ny taona 9998	
F103	Firy taona moa izany ianao tamin'ny datin'ny anniversaire-nao farany? <i>(Amarino ary ahitsio raha ilaina araky ny F102)</i>	Taona feno []_] Tsy fantatra 98	
F104	Inona no antokom-pinoana/fivavahana misy anao amin'izao fotoana izao? <i>(Valin-teny iray ihany)</i>	[]_] Code religion 01 : Traditionnelle 07 : Hindu 02 : Catholique 08 : Jesosy Mamonjy 03 : Protestant 09 : Témoin de Jehovah /Evangélique 04 : Anglicane 10 : Athée 05 : Adventiste 06 : Musulman 11 : Hafa : _____	
F105	Nianatra an-tsekoly ve ianao taloha?	Eny 1 Tsia 2	2 → 107
F106	Ary amin'izao fotoana izao mbola mianatra ve ianao?	Eny 1 Tsia 2	
F107	<i>Amarino raha TSIA ny valin'ny F105 sy F106</i>	Tsy nandia sekoly mihitsy 1 Nandia sekoly 2	1 → 110
F108	Kilasy fahafiry no natrehanao farany ka vitanao hatramin'ny farany?	Kilasy []_] Jereo code eto ambany	
F109	Fenoy ny ambaratonga farany ambony tratrany: Primaire? Secondaire? Supérieur?	Primaire : 11è (T1) – 7è (T5) 1 Secondaire I : 6è (T6) – 3è (T9) 2 Secondaire II : 2nde – Terminale 3 Supérieur : Mihoatra ny Bacc 4	

Code éducation

NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SECONDAIRE 1 = 2	SECONDAIRE 2 = 3	SUPERIEUR = 4
---------------	---------------------	-------------------------	-------------------------	----------------------

CLASSE	T1 = 11ème = 01 T2 = 10ème = 02 T3 = 9ème = 03 T4 = 8ème = 04 T5 = 7ème = 05 Tsy tadidy = 98	T6 = 6ème = 06 T7 = 5ème = 07 T8 = 4ème = 08 T9 = 3ème = 09 Tsy tadidy = 98	T10= 2nde = 10 T11= 1ère = 11 T12= Terminale = 12 Tsy tadidy = 98	1ère année = 13 2ème année = 14 3ème année = 15 4ème année = 16 5ème année + = 17 Tsy tadidy = 98
---------------	---	--	--	--

No.	Fanontaniana sy Sivana	Valiny sy Codes	Tonga dia																																							
F110	Amin'izao fotoana izao ve ianao manambady sa misy lehilahy miara-mipetraka aminao ka anaovanao firaisana ara-nofo? <i>(Vakio ny valiny, ary mariho izay mifanandrify indrindra amin' iretsy karazany iretsy)</i>	Manambady, miara-mipetraka @ vady Manambady, miara-mipetraka @ lehilahy hafa ka miara-miaina toy ny mpivady Manambady, tsy miara-mipetraka na @ vady na @ lehilahy hafa Tsy manambady, miara-mipetraka @ lehilahy Tsy manambady, tsy miara-mipetraka @ lehilahy																																								
F111	Nandritra ny firy taona ianao izao no nanao ity asanao TDS ity teto [anaran'ilay tanàna]? <i>(Isaina ny fotoana rehetra nanaovany TDS ary tsy isaina ny fotoana nanajanonany noho ny antony samihafa)</i>	Isan'ny taona [_ _] <i>Soraty 00 raha latsaky ny 1 taona</i> Tsy fantatra 98																																								
F112	Aiza avy ny toerana fiandrasanao ny clients-nao? <i>(Mety ho valiny maro)</i> <i>Tsy tononina ny valiny</i>	<table> <tr> <td></td> <td>Eny</td> <td>Tsia</td> </tr> <tr> <td>An-dalambe</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Hotely</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Karaoke</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Any an-trano dia antsoina amin'ny telephone</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>An-kalamanjana (tapis vert)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Plage</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Bar</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Boite de nuit</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Seranan-tsambo</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Gare routière/parkage</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Salle de massage</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Hafa (lazao): _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		Eny	Tsia	An-dalambe	1	2	Hotely	1	2	Karaoke	1	2	Any an-trano dia antsoina amin'ny telephone	1	2	An-kalamanjana (tapis vert)	1	2	Plage	1	2	Bar	1	2	Boite de nuit	1	2	Seranan-tsambo	1	2	Gare routière/parkage	1	2	Salle de massage	1	2	Hafa (lazao): _____	1	2	
	Eny	Tsia																																								
An-dalambe	1	2																																								
Hotely	1	2																																								
Karaoke	1	2																																								
Any an-trano dia antsoina amin'ny telephone	1	2																																								
An-kalamanjana (tapis vert)	1	2																																								
Plage	1	2																																								
Bar	1	2																																								
Boite de nuit	1	2																																								
Seranan-tsambo	1	2																																								
Gare routière/parkage	1	2																																								
Salle de massage	1	2																																								
Hafa (lazao): _____	1	2																																								

F113	Misy tanàna hafa ve nanaovanao ity asanao ity talohan'ny teto [Anaran' ilay tanàna]?	Eny Tsia	1 2	
F114	Manana asa hafa mampidi-bola ankoatra ny fampanofana tena ve ianao?	Eny Tsia	1 2	2→F116
F115	Inona ireo asa hafa ireo? (<i>Aza tononina ny valiny</i>) (<i>Mariho « 1 » izay rehetra voalazany ka mifandraika amin'iretsy karazana. Mariho “2” izay tsy voalaza.</i>) (<i>Mety ho valiny maro</i>)	Varotra Asa amin'ny Bar/karaoke/restaurant/ Boîte de nuit/Cabaret Asa an-tranon'olona Asa tanana Salon de massage Hafa_____	Eny 1 1 1 1 1 1 1 2 2 2 2	Tsi a 2 2 2 2 2
F116	Amin'izao fotoana izao ve ianao manana olona velomina (zanaka, raiamandreny na hafa)?	Eny Tsia	1 2	2→F201
F117	Amin'izao fotoana izao, firy ny isan'ny olona velominao?	Isan'ny olona [][] Tsy fantatra 98		

SECTION 2 PRATIQUES A RISQUE VIS-A-VIS DE L'INFECTION AU VIH/SIDA ET INTERVENTION

Section 2.1. : PRATIQUES SEXUELLES			
No.	Fanontaniana sy Sivana	Valiny sy Codes	Tonga dia
F201	(MANOMBOKA ETO, NY FIRAISANA ARA-NOFO HORESAHINA DIA NY FILAHIANA MITSOFOKA AMIN'NY FIVAVIANA NA LAVABODY : vakiana amin'ilay olona atao fanadihadiana ity) Firy taona ianao tamin'ny nanao firaisana ara-nofa voalohany indrindra?	Taona [][]	
F202	Firy taona ianao tamin'ny ianao nanao firaisana voalohany ho fahazoam-bola?	Taona [][]	

<p>F203</p>	<p><u>Tato anatin'ny fito andro farany niasanao</u>, tamin'ireo olona rehetra nanaovanao firaisana ara-nofa: Firy tamin'izany ireo no :</p> <p>Clients “nanome vola na tambiny hafa” (mba ahazoany manao firaisana ara-nofa aminao) :</p> <p>Lehilahy “tsy nakana vola na tambiny hafa”: (Olona nanaovanao firaisana fa tsy notakiana vola na zavatra takalony (ohatra : vady, namana, sipa,...))</p>	<p>Isan'ny Clients Nanome vola na zavatra hafa [][]</p> <p>B. Isan'ny Lehilahy Tsy nakàna vola na zavatra hafa [][]</p>	
<p>F204</p>	<p>Firy ny totalin' isan'ny olona rehetra nanaovanao firaisana <u>tato anatin'ny fito andro farany niasanao?</u> (<i>Isao ao anatin'ny vady, ny namana, ...</i>) Hamarino fa F236= F235A+F235B</p>	<p>Isan'ny lehilahy nanaovanao firaisana tao anatin'ny 7 andro farany [][]</p>	
<p>F205</p>	<p>Tato <u>anatin'ny fito andro farany</u>: im-piry ianao no nanao firaisana ara-nofa (filahiana mitsofoka amin'ny fivaviana na lavabody ka nahatonga ilay lehilahy tamin'ny :</p> <p>A. Clients “nanome vola na tambiny hafa” (mba ahazoany manao firaisana ara-nofa aminao)</p> <p>B. Lehilahy “tsy nakana vola na tambiny hafa” (ka nahatonga ilay lehilahy) (Olona nanaovanao firaisana fa tsy notakiana vola na zavatra takalony (ohatra : vady, namana, sipa,...))</p>	<p>A. Isan'ny firaisana ara-nofa (ka nahatonga ilay lehilahy) tamin'ny Clients Nanome vola na zavatra hafa [][][][]</p> <p>Tsy fantatra 9998</p> <p>B. Isan'ny firaisana ara-nofa tamin'ny Lehilahy tsy nakàna vola (ka nahatonga ilay lehilahy) na zavatra hafa [][][][]</p> <p>Tsy fantatra 9998</p>	

F206	<u>Tato anatin'ny 1 volana niasanao farany</u> , amin'ny ankapobeny raha manana client 10 ianao, firy no miverina?			Raha 00→208
F207	Amin'ireo ____ (valiny etsy aloha) miverina ireo, impiry ny olona iray no niverina amin'ny ankapobeny?			
F208	<u>Tato anatin'ny 12 volana farany</u> , nisy fotoana ve nampiasa kapaoty ianao rehefa manao firaisana ara-nofo?	Eny Tsia	1 2	2 →211
F209	<u>Tato anatin'ny 12 volana farany</u> , nisy fotoana ve rovitra ny kapaoty teo am-panaovana firaisana ara-nofo?	Eny Tsia	1 2	
F210	<u>Tato anatin'ny 12 volana farany</u> , nisy fotoana ve votsotra na niala ny kapaoty teo am-panaovana firaisana ara-nofo?	Eny Tsia	1 2	
F211	<u>Tamin'ny andro farany niasanao talohan'ny androany</u> , firy ny clients nanao firaisana taminao?	Isan'ny clients Tsy fantatra/tsy tadidy	 98	
F212	Tamin'ny client-nao farany, ohatrinona ny vola nomeny anao? <i>(Raha vola vahiny na FMG dia avadiho ARIARY araka ny sandambola amin'io andro io.)</i>	Sora-bola ARIARY Tsy fantatra	[][][][][][][][][] 98	
F213	Nandritra ny firaisana ara-nofo tamin'ny client-nao farany, nampiasa kapaoty ve?	Eny Tsia Tsy mahafantatra kapaoty Tsy fantatra/tsy tadidy	1 2 3 8	2→F216 3→F217 8→F215
F214	Tamin'izay fotoana izay, iza no niteny hoe andao hampiasa kapaoty? <i>(Valiny iray ihany no marihina)</i>	Izaho Ilay olona niraisako Hevitra niarahana nanapaka Tsy tadidy	1 2 3 8	
F215	<u>Tato anatin'ny 30 andro farany, izany hoe hatramin'ny no mankaty</u> , isaky ny inona no nampiasanao kapaoty tamin'ny clients-nao? <i>(Vakio ireo karazana mety ho valiny, ary valiny iray ihany no marihina.)</i>	Mampiasa tsy tapaka, isaky ny nanao Matetika fa tsy tamin'izy rehetra Tsindraindray Tsy nampiasa mihitsy Tsy fantatra/tsy tadidy	1 2 3 4 8	1→217

F222	Nampiasana « seringue stérile » ve ny tsindrona farany nataon'ny TSY mpiasan'ny fahasalamana taminao tato anatin'ny 12 volana farany?	Eny Tsia Tsy fantatra	1 2 8	
F223	Tato anatin'ny 12 volana, nampidirana Ra ve Ianao?	Eny Tsia	1 2	2→ 225
F224	Tato anatin'ny 12 volana, impiry nampidirana ra ianao?	Isan'ny fampidirana ra natao [][] Tsy tadidy	98	
F225	Misy tombokavatsy na tatouage ve amin'ny tenanao?	Eny 1 Tsia 2		2→F227
F226	Impiry nanao tombokavatsy na tatouage ianao?	Isan'ny tombokavatsy natao [][] Tsy tadidy 98		
F227	Nanao tevika na piercing ve ianao?	Eny 1 Tsia 2		2→F229
F228	Impiry nanao tevika na piercing ianao?	Isan'ny tevika natao [][] Tsy tadidy 98		

Section 2.2: CONSOMMATION D'ALCOOL ET DROGUE

No.	Fanontaniana sy Sivana	Valiny sy Codes	Tonga dia
F229	<u>Tato anatin'ny iray volana farany</u> , nisotro zava-pisotro misy alikaola ve ianao?	Eny 1 Tsia 2	2→ F231
F230	Isaky ny inona ianao no nisotro? (Vakio ireo mety ho valiny, ary iray ihany no marihina).	Isan'andro 1 Farafahakeliny indray isan-kerinandro 2 Latsaky ny indray isan-kerinandro 3 Tsy tadidy 8	
F231	<u>Tao anatin'ny iray volana farany</u> , nandray drogue ve ianao ?.. : (Vakio ireo mety ho valiny, ary mariho izay rehetra mifandraika amin'ny voalazany).	Eny Tsia Rongony (jamala) 1 2 b) ary drogue atsindrona 1 2 c) ary drogue hafa (lazao): _____ 1 2 d) ary katy 1 2	
F232	<u>Hatramin'izay niainanao</u> , nisy fotoana ve nitsindronanao drogue?	Eny 1 Tsia 2	Raha 2→301
F233	<u>Tato anatin'ny 12 volana</u> , IMPIRY ianao no nitsindrona drogue ?	Isan'ny tsindrona drogue natao [][][][] <u>tato anatin'ny 12 farany</u>	Raha 0000 → 301
F234	<u>Tato anatin'ny 12 volana</u> , firy ny isan'ireo mpiara-mitsindrona drogue aminao, ka nifandimby seringue taminao?	Isan'ny mpiaraka mifandimby seringue <u>tato anatin'ny 12 volana</u> [][][][]	
F235	Ny tsindrona farany nataonao tato anatin'ny <u>12 volana farany</u> ve nampiasana « seringue stérile » mbola tsy nampisaina mihitsy?	Eny 1 Tsia 2 Tsy fantatra 8	

Section 2.3 : INTERVENTION

F236	<u>Tato anatin'ny 12 volana</u> , nisy fotoana ve ianao nahazo kapaoty maimaimpoana?	Eny 1 Tsia 2 Tsy tadidy 8	
------	---	---------------------------------	--

F237	ASEHOY AZY NY KAPAOTIN-DEHILAHY IRAY NA NY SARINY Fantatrao ve ity? <i>(Izy io dia fitaovana kely iray vita amin'ny fingoitra izay atsofoka amin'ny filahiana alohan'ny firaisana.)</i>	Eny 1 Tsia 2	2→F240																											
F238	Aiza avy ny toerana ahazoana kapaotin-dehilahy (maimaimpoana na vidiana)? <i>(Karohy ny heviny, ary mariho « 1 » izay rehetra voalazany mifandraika amin'iretsy karazana. Mariho “2” izay tsy voalazany)</i> <i>(Mety ho valiny maro)</i>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: right;">Eny</th> <th style="text-align: right;">Tsia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Epicerie</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Farmasia</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Tobim-pahasalamana</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Bar/Hôtel/Maison de passe</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Grande surface</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Boîte de nuit</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Hafa_____</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Tsy fantatra</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> </tbody> </table>		Eny	Tsia	Epicerie	1	2	Farmasia	1	2	Tobim-pahasalamana	1	2	Bar/Hôtel/Maison de passe	1	2	Grande surface	1	2	Boîte de nuit	1	2	Hafa_____	1	2	Tsy fantatra	1	2	
	Eny	Tsia																												
Epicerie	1	2																												
Farmasia	1	2																												
Tobim-pahasalamana	1	2																												
Bar/Hôtel/Maison de passe	1	2																												
Grande surface	1	2																												
Boîte de nuit	1	2																												
Hafa_____	1	2																												
Tsy fantatra	1	2																												
F239	Iza avy ny olona mety ahazoana kapaotin-dehilahy (maimaimpoana na vidiana)? <i>(Karohy ny heviny, ary mariho « 1 » izay rehetra voalazany mifandraika amin'iretsy karazana. Mariho “2” izay tsy voalazany.)</i> <i>(Mety ho valiny maro)</i>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: right;">Eny</th> <th style="text-align: right;">Tsia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Mpiasan'ny fahasalamana</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Animateur</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Mpanabe olon-tsahala</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Namana (ami)</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Clients</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Hafa_____</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Tsy fantatra</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> </tbody> </table>		Eny	Tsia	Mpiasan'ny fahasalamana	1	2	Animateur	1	2	Mpanabe olon-tsahala	1	2	Namana (ami)	1	2	Clients	1	2	Hafa_____	1	2	Tsy fantatra	1	2				
	Eny	Tsia																												
Mpiasan'ny fahasalamana	1	2																												
Animateur	1	2																												
Mpanabe olon-tsahala	1	2																												
Namana (ami)	1	2																												
Clients	1	2																												
Hafa_____	1	2																												
Tsy fantatra	1	2																												
F240	ASEHOY AZY NY KAPAOTIM-BEHIVAVY IRAY NA NY SARINY Fantatrao ve ity? <i>(Izy io dia fitaovana kely iray vita amin'ny polyurethane, ka atsofoka amin'ny fivaviana alohan'ny firaisana.)</i>	Eny 1 Tsia 2	2→F243																											

F241	Aiza avy ny toerana ahazoana kapaotim-behivavy (maimaimpoana na vidiana)? <i>(Karohy ny heviny, ary mariho « 1 » izay rehetra voalazany mifandraika amin'iretsy karazana. Mariho "2" izay tsy voalazany.)</i> <i>(Mety ho valiny maro)</i>	Epicerie Farmasia Tobim-pahasalamana Bar/Hôtel/Maison de passe Grande surface Boîte de nuit Hafa _____ Tsy fantatra	Eny 1 1 1 1 1 1 1	Tsia 2 2 2 2 2 2 2	
F242	Iza avy ny olona mety ahazoana kapaotim-behivavy (maimaimpoana na vidiana)? <i>(Karohy ny heviny, ary mariho « 1 » izay rehetra voalazany mifandraika amin'iretsy karazana. Mariho "2" izay tsy voalazany.)</i> <i>(Mety ho valiny maro)</i>	Mpiasan'ny fahasalamana Animateur Mpanabe olon-tsahala Namana (ami) Clients Hafa _____ Tsy fantatra	Eny 1 1 1 1 1 1 1	Tsia 2 2 2 2 2 2 2	
F243	<u>Tato anatin'ny roambinifolo volana farany</u> , efa nisy tsiranoka hafahafa ve nivoaka tamin'ny fivaviana?	Eny Tsia Tsy fantatro	1 2 8		
F244	<u>Tato anatin'ny roambinifolo volana farany</u> , efa nisy mony/fery ve teo amin'ny fivaviana?	Eny Tsia Tsy fantatro	1 2 8		
Hamarino F243 sy F244 raha TSIA (2) na TSY FANTATRO (8) DAHOLO NY VALINY → 250					
F245	Nahazo fitsaboana ve ianao tamin'izay nisy tsiranoka na fery tamin'ny fivaviana izay?	Eny Tsia	1 2		

		Eny	Tsia		
F246	<p>Tamin'ianao nisy an'io soritr'aretina io farany...:</p> <p><i>[Vakio aminy ireto]</i></p> <p>a) Nangataka torohevitra na fitsaboana tamina mpiasan'ny fahasalamana tao amina clinique/hopitaly/tobim-pahasalamana ve ianao?</p> <p>b) Nangataka torohevitra na fitsaboana tamina mpitsabo gasy?</p> <p>c) Nangataka torohevitra na nivity fanafody tao amina farmasia na fivarotam-panafody?</p> <p>d) Nangataka torohevitra na fitsaboana tamina-namana na havana?</p> <p>e) Nangataka torohevitra na nivity fanafody tamina mpivarotra an-dabotika na mpivarotra fanafody amoron-dalana?</p>	<p>Clinique/Hopitaly/Tobim-pahasalamana</p> <p>Mpitsabo gasy</p> <p>Farmasia/Fivarotam-panafody</p> <p>Namana na havana</p> <p>Mpivarotra an-dabotika na amoron-dalana</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	
F247	Mbola nanohy nanao firaisina tamin'ny olona ve ianao fony voan'io aretina io?	<p>Eny</p> <p>Tsia</p>	<p>1</p> <p>2</p>	2→250	
F248	Tamin'ny ianao nisy an'io soritr'aretina io, nisy zavatra nataonao ve mba tsy hamindrana izany tamin'ny olona anaovanao firaisana ara-nofo?	<p>Eny</p> <p>Tsia</p>	<p>1</p> <p>2</p>	2→250	
F249	<p>Inona no nataonao mba tsy hamindranao ny aretina tamin'ny olona anaovanao firaisana?</p> <p><i>(Aza atoro valiny izy)</i></p> <p><i>(Mety ho valiny maro)</i></p>	<p>Nijanona tsy nanao firaisana ara-nofo</p> <p>Nampiasa kapaoty isaky ny manao firaisana</p> <p>Nihinana/nitsindrona fanafody</p> <p>Nasaiko nankany @ mpiasan'ny fahasalamana ny olona manao firaisana ara-nofo amiko</p> <p>Hafa _____</p>	<p style="text-align: right;">Eny</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p style="text-align: right;">Tsia</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	

F250	Ianao ve manao fizaham-pahasalamana amin'ny maha TDS anao isan-telo volana ?	Eny Tsia	1 2	2→253
F251	Raha ENY , aiza ianao no manao izany?	AMIN'NY FANJAKANA HOPITALY CSB/DISPENSAIRE HAFA (LAZAO) TSY MIANKINA HOPITALY/CLINIQUE PRIVÉE CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ DOKOTERA LIBRA Top réseau + SALFA SISAL MSI Blue star CENTRE PF/FISA HAFA (Lazao)_____	Eny 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Tsia 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
F252	Oviana ianao no nanao visite farany?	Telo volana izay na latsak'izay Efa mihoatra ny 3 volana izay	1 2	
F253	Ianao ve mahafantatra toerana ahafahana manao fitiliana VIH/SIDA?	Eny Tsia	1 2	2 →255

F259	Raha tsy nisy ity fanadihadiana ity, maniry ny hanao fitiliana na test VIH/sida ve ianao <u>ato anatin'ny iray volana</u> ka hazoto haka ny valin'izany amin'ny fotoana omena anao hangalana azy?	Eny Tsia	1 2	1→F261
F260	Raha TSIA , inona ny antony? <i>(Aza vakiana ny valiny. Mariho "1" izay voalazany ary "2" izay tsy voalazany. Mety ho valiny maro)</i>		Eny Tsia	
		Matahotra Menatra Tsy fahatokisana ny mpanao fitiliana Mahatoky ny tenako aho ka tsy mila izany Tsy misy akory izany VIH/SIDA izany Tsy mahafantatra toerana fanaovana fitiliana Lavitra ny toerana fanaovana fitiliana Mifanohitra @ fivavahana Satria efa nanao fitiliana VIH Hafa	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
F261	<u>Tato anatin'ny enim-bolana</u> , efa naheno resaka na nahita hetsika mikasika ny tsimok'aretina VIH na aretina SIDA ve ianao?	Eny Tsia Tsy tadidy	1 2 8	2,8 → 263

F266	Raha ENY , iza no ny nanao ny fanentanana? (<i>Tsy tononina ny valiny</i>)		Eny	
		Mpiasan'ny fahasalamana	1	Tsia
		Mpanabe olon-tsahala	1	2
		Animateurs	1	2
		Hafa, lazao _____	1	2
	Tsy fantatra	1	2	2
F267	Inona avy no resaka henonao na hetsika hitanao tamin'izany? (<i>Aza atoro valiny izy. Mariho « 1 » izay rehetra voalazany mifandraika amin'iretsy karazana metry ho valinteny</i>)		Eny	Tsia
		Fomba fifindran'ny IST/VIH/ SIDA	1	2
		Fiarovan-tena amin'ny IST/VIH/ SIDA	1	2
		Fampiasana kapaoty rehefa manao firaisana ara-nofo	1	2
		Toerana hahazoana kapaoty maimaimpoana	1	2
		Toerana ividianana kapaoty	1	2
		Toerana fitsaboana ny IST/VIH/ SIDA	1	2
		Toerana fanaovana fitiliana ny IST/ VIH/ SIDA	1	2
		Hafa _____	1	2
		Tsy fantatra	1	2

SECTION 3: CONNAISSANCES, OPINIONS ET ATTITUDES

Section 3.1: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	Fanontaniana sy Sivana	Valiny sy Codes	Tonga dia																														
F301	Efa nandre resaka mikasika ny aretina azo avy amin'ny firaisana ara-nofo ve ianao ?	<table> <tr><td>Eny</td><td>1</td></tr> <tr><td>Tsia</td><td>2</td></tr> </table>	Eny	1	Tsia	2	2→F304																										
Eny	1																																
Tsia	2																																
F302	<p>Inona avy no ahafantarana fa voan'ny aretina azo avy amin'ny firaisana ara-nofo (ankoatran'ny SIDA izany) ny vehivavy iray? <i>(Aza atoro valiny izy.)</i> <i>(Mariho « 1 » izay rehetra voalazany mifandraika amin'iretsy karazana mety ho valin-teny.)</i> <i>(Mariho "2" izay tsy voalazany).</i></p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Eny</th> <th>Tsia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Misy marary ao amin'ny faritra ambany amin'ny kibo</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Misy tsiranoka hafahafa avy ao amin'ny fivaviana</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Misy nana maimbo avy ao amin'ny fivaviana</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Maheno maharary na manena rehefa mipipy</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Misy mony/fery eo amin'ny fivaviana</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Misy atody tarimo eo @ foto-pe</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Mangidihidy ny fivaviana</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Hafa _____</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Tsy mahafantatra</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		Eny	Tsia	Misy marary ao amin'ny faritra ambany amin'ny kibo	1	2	Misy tsiranoka hafahafa avy ao amin'ny fivaviana	1	2	Misy nana maimbo avy ao amin'ny fivaviana	1	2	Maheno maharary na manena rehefa mipipy	1	2	Misy mony/fery eo amin'ny fivaviana	1	2	Misy atody tarimo eo @ foto-pe	1	2	Mangidihidy ny fivaviana	1	2	Hafa _____	1	2	Tsy mahafantatra	1	2	
	Eny	Tsia																															
Misy marary ao amin'ny faritra ambany amin'ny kibo	1	2																															
Misy tsiranoka hafahafa avy ao amin'ny fivaviana	1	2																															
Misy nana maimbo avy ao amin'ny fivaviana	1	2																															
Maheno maharary na manena rehefa mipipy	1	2																															
Misy mony/fery eo amin'ny fivaviana	1	2																															
Misy atody tarimo eo @ foto-pe	1	2																															
Mangidihidy ny fivaviana	1	2																															
Hafa _____	1	2																															
Tsy mahafantatra	1	2																															
F303	<p>Inona avy no ahafantarana fa voan'ny aretina azo avy amin'ny firaisana ara-nofo (ankoatran'ny SIDA izany) ny lehilahy iray? <i>(Aza atoro valiny izy.)</i> <i>(Mariho « 1 » izay rehetra voalazany mifandraika amin'iretsy karazana mety ho valin-teny.)</i> <i>(Mariho "2" izay tsy voalazany).</i></p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Eny</th> <th>Tsia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Misy tsiranoka mivoaka amin'ny filahiana</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Maheno maharary rehefa mipipy na mila manosika</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Misy mony/fery eo amin'ny filahiana</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Misy atody tarimo eo @ foto-pe</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Mangidihidy ny filahiana</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Hafa _____</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Tsy mahafantatra</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		Eny	Tsia	Misy tsiranoka mivoaka amin'ny filahiana	1	2	Maheno maharary rehefa mipipy na mila manosika	1	2	Misy mony/fery eo amin'ny filahiana	1	2	Misy atody tarimo eo @ foto-pe	1	2	Mangidihidy ny filahiana	1	2	Hafa _____	1	2	Tsy mahafantatra	1	2							
	Eny	Tsia																															
Misy tsiranoka mivoaka amin'ny filahiana	1	2																															
Maheno maharary rehefa mipipy na mila manosika	1	2																															
Misy mony/fery eo amin'ny filahiana	1	2																															
Misy atody tarimo eo @ foto-pe	1	2																															
Mangidihidy ny filahiana	1	2																															
Hafa _____	1	2																															
Tsy mahafantatra	1	2																															

			Eny	Tsia
F305	Araka ny hevitrao <i>(Antontaniana tsirairay)</i>	Ny olona iray izay hita fa salama ety ivelany ve mety mitondra ny tsimok'aretina VIH?	1	2
		Mampihena ny fifindran'ny tsimok'aretina VIH/SIDA ve ny firaisana ara-nofa amin'ny partenaire tokana izay fantatra fa tsy mitondra ny tsimok'aretina ary tsy manao firasana amin'olon-kafa?	1 1	2 2
		Mety mamindra VIH ve ny kaikitry ny moka?	1	2
		Mampihena ny fifindran'ny tsimok'aretina VIH/SIDA ve ny fanaovana kapaoty isaky ny manao firaisana ara-nofa?	1.....2	
		Mety hahazoana VIH ve ny fiarahamisakafo amin'ny olona iray izay mitondra ny tsimok'aretina VIH?	1.....2	

Section 3.2: VIH/SIDA

No.	Fanontaniana sy Sivana	Valiny sy Codes	Tonga dia																					
F304	Araka ny hevitrao, inona no atao ho fiarovana mba tsy hifindran'ny tsimok'aretina VIH? <i>(Tsy omena ny valiny, mety ho valiny maro)</i>	<table><thead><tr><th></th><th data-bbox="1230 1073 1295 1108">Eny</th><th data-bbox="1333 1073 1398 1108">Tsia</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="656 1150 1182 1325">a. Manao firaisana ara-nofo amin'ny partenaire tokana izay fantatra (tamin'ny alalan'ny fitiliana) fa tsy mitondra ny tsimok'aretina ary tsy manao firaisana amin'olon-kafa</td><td data-bbox="1247 1188 1263 1209">1</td><td data-bbox="1333 1188 1349 1209">2</td></tr><tr><td data-bbox="656 1367 1162 1402">b. Miaro tena amin'ny kaikitry ny moka</td><td data-bbox="1247 1377 1263 1398">1</td><td data-bbox="1333 1377 1349 1398">2</td></tr><tr><td data-bbox="656 1444 1130 1514">c. Mampiasa kapaoty isaky ny manao firaisana ara-nofo</td><td data-bbox="1247 1444 1263 1465">1</td><td data-bbox="1333 1444 1349 1465">2</td></tr><tr><td data-bbox="656 1556 1187 1625">d. Tsy miara-misakafo amin'ny olona iray izay mitondra ny tsimok'aretina VIH</td><td data-bbox="1247 1587 1263 1608">1</td><td data-bbox="1333 1587 1349 1608">2</td></tr><tr><td data-bbox="656 1667 1138 1736">e. Mampiasa fitaovana sterile isaky ny mitsindrana na rehefa didina</td><td data-bbox="1247 1698 1263 1719">1</td><td data-bbox="1333 1698 1349 1719">2</td></tr><tr><td data-bbox="656 1778 919 1814">f. Tsy manao fatidra</td><td data-bbox="1247 1778 1263 1799">1</td><td data-bbox="1333 1778 1349 1799">2</td></tr></tbody></table>		Eny	Tsia	a. Manao firaisana ara-nofo amin'ny partenaire tokana izay fantatra (tamin'ny alalan'ny fitiliana) fa tsy mitondra ny tsimok'aretina ary tsy manao firaisana amin'olon-kafa	1	2	b. Miaro tena amin'ny kaikitry ny moka	1	2	c. Mampiasa kapaoty isaky ny manao firaisana ara-nofo	1	2	d. Tsy miara-misakafo amin'ny olona iray izay mitondra ny tsimok'aretina VIH	1	2	e. Mampiasa fitaovana sterile isaky ny mitsindrana na rehefa didina	1	2	f. Tsy manao fatidra	1	2	
	Eny	Tsia																						
a. Manao firaisana ara-nofo amin'ny partenaire tokana izay fantatra (tamin'ny alalan'ny fitiliana) fa tsy mitondra ny tsimok'aretina ary tsy manao firaisana amin'olon-kafa	1	2																						
b. Miaro tena amin'ny kaikitry ny moka	1	2																						
c. Mampiasa kapaoty isaky ny manao firaisana ara-nofo	1	2																						
d. Tsy miara-misakafo amin'ny olona iray izay mitondra ny tsimok'aretina VIH	1	2																						
e. Mampiasa fitaovana sterile isaky ny mitsindrana na rehefa didina	1	2																						
f. Tsy manao fatidra	1	2																						

		g. Raha bevohoka ka mitondra ny tsimok'aretina VIH dia mihinana fanafody nomen'ny mpitsabo sida mba tsy hifindran'izany amin'ny zaza ao am-bohoka	1	2	
		h. Tsy manao firaisana ara-nofo mihitsy	1	2	

Section 3.3: FAMPIASANA KAPAOTY

3.3.1 Kapaotin-dehilahy

No.	Fanontaniana sy Sivana	Valiny sy Codes	Tonga dia
F306	Efa nampiasa kapaotin-dehilahy ve moa ianao? <i>(Mety nilaza fa tsy nampiasa kapaoty ilay vehivavy tamin'ny fanontaniana teo aloha, fa kosa mety nisy fotoana tany aloha tany efa nampiasa izy.)</i>	Eny Tsia	1 2
F307	Manomboka izao, raha ny fanirianao, rehefa hanao firaisana ara-nofo amin'ny clients ianao, isaky ny inona no tianao hampiasana ny kapaotin-dehilahy?	Isaky ny manao firaisana Tsindraindray Tsy hampiasa mihitsy Tsy fantatra	1 2 3 8

3.3.2 Kapaotim-behivavy				
No.	Fanontaniana sy Sivana	Valiny sy Codes		Tonga dia
F308	Efa nampiasa kapaotim-behivavy ve moa ianao? <i>(Mety nilaza fa tsy nampiasa kapaoty ilay vehivavy tamin'ny fanontaniana teo aloha, fa kosa mety nisy fotoana tany aloha tany efa nampiasa izy.)</i>	Eny Tsia	1 2	
F309	Manomboka izao, raha ny fanirianao, rehefa hanao firaisana ara-nofo amin'ny clients ianao, isaky ny inona no tianao hampiasana kapaotim-behivavy?	Isaky ny manao firaisana Tsindraindray Tsy hampiasa mihitsy Tsy fantatra	1 2 3 8	

Section 3.4: DISCRIMINATION ET STIGMATISATION

No.	Fanontaniana sy Sivana	Valiny sy Codes		Tonga dia
F310	Mahatsapa ho voailikilikin'ny fiarahamonina ve ianao sy ny ankohonanao amin'ny maha-TDS anao?	Eny Tsia	1 2	2 →313
F311	Raha ENY , manao ahoana ny fisehony?		Eny Tsia	
		Tsy omena trano hofaina	1 2	
		Rabirabian'ny namany ny zanakao	1 2	
		Mahazo ompa na teny maharary	1 2	
		Tsy mety mifanerasera aminao ny fiarahamonina	1 2	
		Ailikiliky ny mpiasan'ny fahasalamana	1 2	
		Ailikiliky ny mpikarakara ara-tsosialy	1 2	
		Hafa (Lazao): _____		

F312	Amin'ireo fanilikilihana natao anao, nanao ahoana ny fahatsapanao ny hamafiny fony izy niantraika taminao? Omeo naoty 1 ka hatramin'ny 5 ny fiantraikany, ka ny nisy fiantraikany mafy indrindra no mahazo naoty 5, ary ireo izay nisy fiantraikany kely indrindra no mahazo naoty 1 (ataovy anaty faribolana ny valiny)	5 Farak'izay mafy	4	3	2	1 Farak'izay maivana	0 Tsy niantraika tamiko
	Tsy omena trano hofaina ianao	5	4	3	2	1	0
	Rabirabian'ny namany ny zanakao	5	4	3	2	1	0
	Mahazo ompa na teny maharary ianao na ny ankohonanao	5	4	3	2	1	0
	Tsy mety mifanerasera aminao ny fiarahamonina	5	4	3	2	1	0
	Ailikiliky ny mpiasan'ny fahasalamana ianao	5	4	3	2	1	0
	Ailikiliky ny mpikarakara ara-tsosialy ianao	5	4	3	2	1	0
	Hafa (Lazao): _____	5	4	3	2	1	0
F313	Raha ianao manokana, ekenao ve ny hiaraka hisakafo amin'olona fantatrao fa mitondra ny tsimok'aretina VIH na voan'ny SIDA ?	Eny				1	
		Tsia				2	
		Arakarany				3	
		Tsy fantatra				8	
F314	Raha sanatria misy havanao mitondra ny tsimok'aretina VIH/SIDA na voan'ny SIDA, ho vonona ve ianao hikarakara azy ao an-tranonao?	Eny				1	
		Tsia				2	
		Arakarany				3	
		Tsy fantatra				8	
F315	Raha sanatria misy havanao vehivavy mitondra ny tsimok'aretina VIH na voan'ny SIDA, ho vonona ve ianao hikarakara azy ao an-tranonao?	Eny				1	
		Tsia				2	
		Arakarany				3	
		Tsy fantatra				8	
F316	Raha misy mpianatra mitondra ny tsimok'aretina VIH/SIDA (fa tsy	Eny				1	
		Tsia				2	

	mbola marary), tokony avela hianatra ihany ve izy?	Arakarany Tsy fantatra	3 8	
F317	Raha misy mpampianatra mitondra ny tsimok'aretina VIH/SIDA (fa tsy mbola marary), tokony avela hampianatra ihany ve izy?	Eny Tsia Arakarany Tsy fantatra	1 2 3 8	
F318	Raha fantatrao fa mitondra ny tsimok'aretina VIH/SIDA ny mpivarotra sakafo iray, mbola hanohy hividry sakafo ao aminy ve ianao?	Eny Tsia Arakarany Tsy fantatra	1 2 3 8	
F319	Miombon-kevitra amin'izao ve ianao? (a) Ny olona mitondra tsimok'aretina VIH/ SIDA dia tokony hasiana marika amin'ny vatany mba ahafantarana azy (b) Ny olona voan'ny SIDA dia tokony hatoka-monina	Eny 1 1 Tsia 2 2 Arakarany 3 3 *TFT 8 8		

*TFT Tsy fantatra

Vita hatreto ny resadresatsika. Misaotra betsaka anao tamin'ny fotoana natokanao hamaliana ireo fanontaniana napetraka. Ankasitrahana tokoa ny fanampiana nentinao.

SECTION 4: RESULTATS BIOLOGIQUES			
F 401	Résultats des tests VIH (tests rapides)	Determine VIH : Réactif 1 Non réactif 2 Unigold : Réactif 1 Non réactif 2	Son réactif Positif 1 Nosatif 2 Indatif
F402	Résultats des tests syphilis	RPR : Réactif 1 Non réactif 2 TPHA : Réactif 1 Non réactif 2	Son réactif 2 Positif 1 Nositif

Annexe 3 : Recommandations du SLNR pour le volet biologique

- 1) Insertion souhaitable par le cabinet d'études, pour l'intérêt des résultats de l'ESBC PS 2016, de la séroprévalence de coinfection du VIH et de la syphilis ;
- 2) Maintien de la place du Contrôle Qualité Externe (CQE) par la stratégie II de l'OMS utilisant les ELISA de quatrième génération détectant l'antigène p24⁴⁵ et le Western Blot pour l'enquête de prévalence nationale de VIH afin d'obtenir des résultats biologiques fiables ;
- 3) Considération de la nécessité de confirmation de la discrimination de VIH 1 et 2 pour les futures études nationales. Que ce soit pour le dépistage par la stratégie III de l'OMS, que sur celle de la stratégie II, utilisant le Western Blot. L'extension de discrimination sur les cas concordants ELISA positifs permettrait une confirmation de la prévalence brute nationale de VIH 2 ;
- 4) Maintien de la place du CQE pour la syphilis pour l'affinement des résultats biologiques.
- 5) Insertion du statut sérologique VIH « invalide » au logiciel de gestion de base de données des études de séroprévalence nationale

⁴⁵ Ag P24, antigène précoce de l'infection au VIH