

## Research



# Stigmatisation, discrimination et accès à la prévention du VIH par les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) au Bénin

Septime Hessou, Yolaine Glele-Ahanhanzo, Colette Azandjeme, Alphonse Biaou, Michel Boko, Michel Alary

**Corresponding author:** Septime Hessou, Département Populations Clés, Centre National de Référence de Recherche et de la Prise Charge du Sida (CNRRPEC-CNHU/Bénin), Cotonou, Bénin. shessou@yahoo.fr

**Received:** 12 Mar 2020 - **Accepted:** 17 May 2020 - **Published:** 15 Sep 2020

**Keywords:** Stigmatisation, discrimination, prévention, VIH, HSH

**Copyright:** Septime Hessou et al. PAMJ - One Health (ISSN: 2707-2800). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Cite this article:** Septime Hessou et al. Stigmatisation, discrimination et accès à la prévention du VIH par les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) au Bénin. PAMJ - One Health. 2020;3(3). 10.11604/pamj-oh.2020.3.3.22319

**Available online at:** <https://www.one-health.panafrican-med-journal.com/content/article/3/3/full>

## Stigmatisation, discrimination et accès à la prévention du VIH par les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) au Bénin

Stigma, discrimination and access to HIV prevention for men who have sex with men (MSM) in Benin

Septime Hessou<sup>1,2,3,&</sup>, Yolaine Glele-Ahanhanzo<sup>4</sup>, Colette Azandjeme<sup>5</sup>, Alphonse Biaou<sup>6</sup>, Michel Boko<sup>3</sup>, Michel Alary<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Département Populations Clés, Centre National de Référence de Recherche et de la Prise Charge du Sida (CNRRPEC-CNHU/Bénin), Cotonou, Bénin, <sup>2</sup>Axe Santé des Populations et Pratiques Optimales en Santé, Centre de Recherche du CHU de Québec, Université Laval, Hôpital du Saint-Sacrement, Québec, Canada, <sup>3</sup>Centre Inter-facultaire de Formation et de Recherche en Environnement pour le Développement (CIFRED), Université d'Abomey-Calavi (UAC), Calavi, Bénin, <sup>4</sup>Département d'Épidémiologie et de Biostatistiques, Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, <sup>5</sup>Département de Promotion de la Santé, Institut Régional de Santé Publique,

Université d'Abomey, Calavi, Bénin, <sup>6</sup>Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli, Bénin

## **&Auteur correspondant**

Septime Hessou, Département Populations Clés, Centre National de Référence de Recherche et de la Prise Charge du Sida (CNRRPEC-CNHU/Bénin), Cotonou, Bénin

## **Résumé**

**Introduction:** plusieurs facteurs de vulnérabilité ont été soulignés dans la contribution aux nouvelles infections à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), dont la stigmatisation et la discrimination. Cette étude a pour but d'explorer la stigmatisation et la discrimination des HSH et leur accès à la prévention du VIH. **Méthodes:** il s'agit d'une étude transversale regroupant 414 HSH. Des analyses bivariées et multivariées ont été réalisées pour décrire la stigmatisation/discrimination et ses manifestations, avec une régression logistique pour déterminer l'association entre la stigmatisation/discrimination et les variables sociodémographiques et comportementales. **Résultats:** cinquante-deux pourcent (52%) des HSH ont entre 20 et 24 ans, 94% sont célibataires, 59,66% sont des élèves/étudiants. La moitié des HSH fréquentent des centres de santé privés, 46,70% des HSH ont été victimes de stigmatisation/discrimination. Un pourcentage de 22,95% ont été victimes de stigmatisation/discrimination de la part des agents de santé. Les facteurs significativement associés à la stigmatisation sont: la pratique sexuelle active: ORa 0,28 (IC 95% : 0,15-0,53,  $p < 0,001$ ); le fait de vivre en couple: ORa 2,16 (IC95%: 1,17-3,97;  $p=0,013$ ) et l'entourage et proches au courant du statut HSH: ORa: 5,58 (IC95% : 3,16-9,83;  $p < 0,001$ ). **Conclusion:** bien que la stigmatisation et la discrimination soient officiellement considérées comme un obstacle majeur à des réponses efficaces contre l'épidémie à VIH, les efforts de réduction de

la stigmatisation et de la discrimination sont relégués en queue de priorités des programmes VIH. Il urge que la communauté nationale et internationale mettent les bouchées doubles pour faciliter l'accès aux soins et au soutien des HSH.

## **English abstract**

**Introduction:** several vulnerability factors have highlighted stigma and discrimination as contributing factors to new HIV infections among men who have sex with men (MSM). The purpose of this study is to investigate stigma and discrimination of MSM as well as their access to HIV prevention. **Methods:** we conducted a cross-sectional study involving 414 MSM subjects. Bivariate and multivariate logistic regression analyses were conducted to describe stigma/discrimination and its manifestations as well as to establish the association between stigma/discrimination and socio-demographic and behavioral variables. **Results:** fifty two percent of MSM subjects were aged between 20 and 24 years, 94% were single, 59.66% were pupils/students. Half of MSM subjects attended private health centers, 46.70% of MSM subjects had been stigmatized/discriminated, and 22.95% had been stigmatized/discriminated by health workers. Factors significantly associated with stigma were: being sexually active OR 0.28 (95% IC: 0.15-0.53,  $p < 0.001$ ); living as a couple: OR 2.16 (CI 95%: 1.17-3.97;  $p=0.013$ ) and the fact that entourage and relatives were aware of MSM status: OR: 5.58 (CI 95%: 3.16-9.83;  $p < 0.001$ ). **Conclusion:** although stigma and discrimination are officially considered as a major obstacle to an effective responses to HIV epidemic, efforts to reduce stigma and discrimination are relegated to the bottom of HIV programs' priorities. The national and international community shouldn't stigmatize and discriminate and facilitate access to care and support for MSM.

**Key words:** Stigma, discrimination, prevention, HIV, men sex men (MSM)

## Introduction

Le premier cas de l'infection à VIH au Bénin a été découvert en 1985, le pays dans le cadre de sa riposte nationale à l'infection à VIH est dans sa quatrième génération de Plan Stratégique National de lutte contre le Sida [1-4]. Ces derniers ont mis un accent particulier sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans l'amélioration de l'offre de services de prévention et de prise en charge des populations clés et des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Cette volonté a été matérialisée par la première étude en 2015 sur l'index stigma [5]. L'index stigma met plus l'accent sur les PVVIH que sur les populations clés, dont les HSH, des Professionnelles de Sexe (PS), des Consommateurs de Drogue Injectable (CDI). Ces dernières ont présenté respectivement 12,6%, 20,9%, et 6,7% comme prévalence à VIH en 2014 au Bénin [5]. Chacune de ces estimations est plus élevée que la prévalence du VIH observée dans la population générale 1,1% [6, 7]. Les études sur l'index stigma sont généralement réalisées et calquées sur les PVVIH, le regard est peu tourné vers les personnes, qui par leur orientation sexuelle, sont victimes de la stigmatisation et de la discrimination et par voie de conséquence les rendent plus vulnérables à l'infection à VIH. Cette situation crée pour cette population un cercle vicieux, car elle doit supporter un double fardeau d'infection à VIH et de stigmatisation/discrimination [8-10]. Dans le monde, il y a 5 pays qui punissent l'homosexualité de peine de mort et 76 pays qui l'ont déclarée comme acte illégal [11, 12]. Il est aussi démontré de nos jours, dans les différents rapports de l'ONUSIDA que les populations clés et prioritaires telle que les HSH ont un pouvoir contributeur assez élevé aux nouvelles infections à VIH dans le monde et plus particulièrement dans les pays africains [13-15]. Ces derniers ont été le plus souvent des victimes d'actes de discrimination et de stigmatisation ce qui freine l'ampleur des interventions de prévention, de soins et soutien et de traitement à leur niveau [16-18].

En 1987, Jonathan Mann, alors directeur du programme mondial de lutte contre le Sida de l'Organisation Mondiale de la Santé, identifiait trois phases de l'épidémie du VIH. La première étant l'épidémie du VIH ; la deuxième : l'épidémie du sida et la troisième : l'épidémie de la stigmatisation, de la discrimination et du déni. Il prédisait alors que la stigmatisation, la discrimination et le déni prendraient une importance comparable à celle de la maladie elle-même [11]. Bien qu'en 2001 déjà, dans la Déclaration d'engagement sur le VIH et le Sida, l'Assemblée Générale des Nations Unies avait écrit : « l'opprobre, le silence, la discrimination et la dénégation ainsi que l'absence de confidentialité compromettent les efforts de prévention, de soins et de traitement et aggravent les effets de l'épidémie sur les individus, les familles, les communautés et les nations et il faut également y remédier » [11]. De même, la nouvelle stratégie d'accélération de l'ONUSIDA qui entrevoit la fin de l'épidémie du Sida d'ici à 2030, a défini un niveau de résultats par rapport à la discrimination : « zéro discrimination d'ici à 2020 » [13, 15]. Au Bénin la Loi N°90-32 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République en son titre II des droits et devoirs de la personne humaine et en son article N°8. La personne humaine est sacrée et inviolable. L'état a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. À cet effet, il assure à ses citoyens, l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi [19]. À cela s'ajoute, la loi 2005-31 du 19 avril 2006, portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/Sida dans la république du Bénin [20]. Malgré toutes ces dispositions et arsenal juridique au niveau national et international les HSH continuent d'être des cibles de stigmatisation et de discrimination en matière de l'infection à VIH. À part les déclarations d'intention ou la prise en compte de cette thématique dans les documents stratégiques, très peu d'études et d'analyses de la situation sont réalisées et dont les résultats peuvent servir d'outils d'aide à la décision. Le concept de stigmatisation est étroitement lié à la

discrimination, parfois on parle du couple stigmatisation/discrimination. La stigmatisation est le fait de pointer du doigt un individu à cause de sa différence. C'est une réaction négative réelle ou perçue comme telle par des particuliers d'une communauté ou d'une société à l'encontre d'une personne ou d'un groupe de personnes. Elle se caractérise par le rejet/exclusion, la dénégation, le discrédit, le mépris, la dévalorisation, les stéréotypes/étiquettes et la mise à distance sur le plan social. Elle conduit souvent à la discrimination et à la violation des droits de l'homme [8]. Quant à la discrimination, elle représente la « stigmatisation traduite par des actions ». « Le fait de faire une différence injuste entre deux éléments ». La discrimination est une manifestation de la stigmatisation (Figure 1). La discrimination est toute forme de distinction, exclusion ou restriction arbitraire, soit par action, soit par omission, basée sur un attribut qui fait l'objet de stigmatisation [8, 10]. Elles peuvent se manifester au sein d'une famille, d'un service, ou dans une communauté à l'endroit des HSH du fait de leur orientation sexuelle. La discrimination peut aussi survenir au niveau national, lorsqu'elle est sanctionnée ou légitimée à travers des lois et des politiques. C'est dans ce cadre que cette étude se permet de faire l'état des lieux de la stigmatisation et de la discrimination des HSH et en relation avec l'offre de soins et de soutien relatifs à l'infection à VIH au Bénin.

## Méthodes

**Type, population d'étude et échantillonnage:** il s'agit d'une étude transversale descriptive avec un volet analytique regroupant des HSH. Pour participer à l'étude, il faut être un homme biologique âgé d'au moins 18 ans, et avoir eu au moins une fois un rapport sexuel anal (réceptif ou actif) ou oral (fellation et/ou annulingus) avec un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête. Les participants à l'étude ont été sélectionnés grâce à la méthode « Respondent-driven sampling » (RDS) encore appelée échantillonnage déterminé par les

répondants [21, 22]. Cette méthode a consisté à choisir premièrement de manière raisonnée, principalement pour leur capacité à recruter et à mobiliser les personnes de leurs réseaux, pour participer à l'étude, les premiers participants appelés «seeds» ou graines, comme point de départ de la chaîne de recrutement. Ces premiers enquêtés au nombre de neuf (09) après leur interview ont recruté d'autres personnes. Cette première série d'enquêtés recrutés par les premiers participants à l'enquête constitue la première vague. Elle a recruté à son tour d'autres personnes qui vont constituer la seconde vague de participants ainsi de suite jusqu'à ce que la taille de l'échantillon soit atteinte [23]. Chaque participant a reçu trois coupons de recrutement numérotés en série à donner à ses pairs personnellement connus de lui-même et homosexuels ou bisexuels. Lorsqu'un coupon a été rejeté, le recruteur a rempli un questionnaire de rejet pour évaluer les conditions de refus, puis identifier un remplaçant afin de répondre à la taille de l'échantillon. Un deuxième coupon a servi de remboursement des frais de déplacement d'un montant forfaitaire qui a varié de 1000 à 5000FCFA selon le lieu de recrutement et de l'interview. La taille de l'échantillon a été estimée avec la formule de Schwartz à 434 HSH. Suite à l'apurement des données, l'étude n'a retenu que 414 participants valides [24].

**Technique et outils de collecte des données:** un questionnaire structuré standardisé et pré-testé a été utilisé pour collecter des données. Ce questionnaire s'est inspiré de celui élaboré pour l'index de stigmatisation [5]. Les entretiens individuels approfondis avec des HSH et des discussions avec les réseaux et les associations de HSH ont permis de collecter des informations nécessaires au niveau des participants en ce qui concerne la stigmatisation et la discrimination et les besoins couverts en soins de prévention du VIH.

**Variables à l'étude:** la variable à expliquer est la stigmatisation/discrimination, c'est une variable composite (oui/non). Quatre catégories de variables explicatives étaient concernées

: 1) variables sociodémographiques et comportementales : âge, vivre en couple, niveau d'instruction, profession, avoir un travail rémunéré, revenu mensuel (en FCFA 10<sup>3</sup>) ; type d'homosexualité, rôle sexuel, avoir donné une fellation à un homme au cours des 3 derniers mois (oui/non) ; avoir reçu une fellation d'un homme au cours des 3 derniers mois (oui/non) ; avoir pratiqué la partouze au cours des 3 derniers mois (oui/non). 2) variables relatives à l'offre de soins et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH : préférence de lieux et structures de prise en charge des IST et du VIH (public ou privé, tradithérapeute) ; connaissance d'un ou plusieurs lieux de prise en charge des IST/VIH où les HSH peuvent aller (oui/non) ; prêt à faire le test de dépistage (oui/non) ; connaissance d'une structure pour faire le test de dépistage du VIH (oui/non), raison de non acceptation de faire son test de dépistage (peur de découvrir son statut sérologique, est bien portant, ne voit pas l'utilité); connaissance du statut sérologique de votre partenaire régulier (oui/non) ; connaissance de l'existence d'un traitement destiné aux personnes qui ont le VIH et le sida (oui/non) ; test de dépistage du VIH dans les 3 derniers mois (oui/non) ; avoir pris les résultats après le test (oui/non) ; 3) variables en rapport avec la disponibilité, l'accessibilité et à l'utilisation des préservatifs et des gels lubrifiants : utilisation des préservatifs reçus gratuitement (oui/non) ; le don gratuit des préservatifs vous motive à son utilisation (oui/non) ; difficultés à se procurer des préservatifs en situation de besoin dans les 3 derniers mois (oui/non) ; 4) accès aux messages du paquet de prévention du VIH : instruments de diffusion des messages sur les IST/VIH ; fréquence de contact avec messages sur les IST/VIH les 3 derniers mois, expositions aux services de don de préservatifs, de dépistage du VIH ou de sensibilisation d'une association HSH pendant les 3 derniers mois ; 5) variables relatives à la vie de famille, de la communauté et l'homosexualité : entourage au courant du votre statut HSH, première personne de l'entourage familial au courant du votre statut HSH, attitudes des parents face au statut HSH de leur

enfant/frère/sœur ; agressions subies du fait d'être HSH, auteur de cette agression/violence ; surnoms et sobriquets en terme de violence verbale ; vécu personnel de cette agression ; voies de recours, avoir eu une suite par rapport au recours.

**Traitement et analyse des données:** les données ont été saisies avec le logiciel Epi data version 3.1. Un listing d'erreurs a été généré automatiquement afin d'améliorer la complétude des données. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS version 24.0. Une analyse bi variée a été réalisée pour estimer des mesures d'associations ajustées entre la variable dépendante stigmatisation et les co-variables retenues sur la base des connaissances scientifiques dans le domaine et de la revue de littérature. Une régression logistique multivariée a été utilisée pour construire des mesures estimées entre l'association stigmatisation/discrimination et l'exposition à des variables sociodémographiques et comportementales avec un  $p < 20\%$  en association bivariée. Les comparaisons des proportions ont été faites avec le test du Chi<sup>2</sup> de Pearson ou le test exact de Fisher et le seuil de signification statistique retenu a été de 5%.

**Considérations éthiques:** le protocole d'étude a reçu l'agrément du Comité National d'Etude pour la Recherche en Santé (CNERS). Tous les participants ont eu droit à une note d'information en vue de leur permettre de donner librement et volontairement leur consentement éclairé et écrit à participer à l'étude.

## Résultats

### Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude

**Aperçu des réseaux de recrutement:** le réseau de recrutement des HSH se présente comme suit : 166 soit 40% à Cotonou avec 3 graines, 111 soit 26,8% à Abomey-Calavi avec 2 graines, 33 soit 7,9% à Ouidah, 46 soit 11,11% à Porto Novo, 18 soit 4,34% à Bohicon et 40 soit 9,66% à Parakou avec une graine chacune pour ces villes (Figure 2). La

majorité des HSH (40%) de l'étude proviennent de la ville de Cotonou, la grande métropole économique du Bénin, suivie des villes de Abomey-Calavi (26,8%) la seconde grande ville et ensuite de Porto Novo la capitale (11,11%). Les HSH de l'étude sont majoritairement jeunes (moins de 25 ans), 65,2% et de niveau d'étude supérieur (48,31%), environ plus de 90% sont célibataires, 24% vivent en couple. Ils sont en majorité des élèves et étudiants 60%, 37% sont bisexuels et 77% n'a pas de travail rémunéré. Environ 48% des HSH qui ont un travail énuméré ont un revenu mensuel entre 50.000 et 150.000FCFA (Tableau 1).

### **Offre de soins et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et de l'infection à VIH aux HSH:**

en ce qui concerne la préférence d'offre de services pour la prise en charge des IST/VIH, 55,31% de HSH choisissent les centres de santé privés et 10,7% l'automédication, 83,57% connaissent une structure pour faire le test de dépistage. Parmi les HSH, 68,12% ont fait leur test de dépistage et 4,3% n'ont pas pris leur résultat, seuls 10,87% des HSH déclarent connaître au moins un lieu de prise en charge des IST/VIH pour leurs soins et parmi eux, 57,77% ont désigné les centres de santé professionnels ou d'ONG. En ce qui concerne le don de préservatifs, 79% des HSH affirment que cela les motive pour son utilisation et 77% les utilisent effectivement. Aussi, 11% seulement des HSH ont des difficultés à se procurer des préservatifs (Tableau 2). Les principaux canaux de diffusion des messages sur les IST et VIH/Sida selon les HSH, sont la télévision (82,61%), suivie de la radio (74,15%), de l'école (45,65%), et des pairs éducateurs (43,72%). Parmi les HSH, 42,27% sont en contact à l'occasion des messages de prévention sur les IST/VIH et 52,66% ont affirmé que l'outil approprié de sensibilisation de proximité est la boîte à image.

### **Stigmatisation et discrimination à l'égard des HSH:**

dans le contexte socioculturel, les surnoms utilisés par la population pour désigner les HSH sont les suivants : Tata, Atchagan, Tantie, Sonougnou, Mademoiselle-monsieur-madame... Parmi les HSH, 28,02% des personnes de l'entourage, ont été au

courant de leur homosexualité et dans 51,30% des cas, ceux sont les frères et sœurs. Parmi les HSH, 86,11% ont été victimes de rejets et d'exclusions par les parents. Environ 17,90 % des HSH ont subi une agression du fait de leur identité sexuelle, et 62,20% des cas d'agression ont été l'œuvre de la population générale et 14,61% des forces de sécurité publique. Parmi les HSH, 56,70% ont considéré ces agressions comme étant de la stigmatisation et de la discrimination, pour 71,60% des cas, il n'existe aucune voie de recours (Tableau 3). Parmi les HSH, 22,95% (n=95) ont été victimes de stigmatisation et de discrimination de la part des agents de santé et la période de l'examen physique enregistre la plus forte proportion 50,53% (n=54). Les aides-soignants, les infirmiers et les techniciens de laboratoire ont été respectivement responsables de stigmatisation et de discrimination à hauteur de 82,11% (n=78), 75,79% (n=72) et 64,21% (n=61). Ces dernières se sont manifestées par le retard dans la prise en charge 93,68% (n=89), le refus d'examiner ou de toucher le patient HSH 50,53% (n=50) et le refus d'administration des soins et de conseils 49,47% (n=47) (Tableau 4).

Les HSH de la tranche d'âges de 25-29 ans sont 1,89 fois plus victimes de stigmatisation que celle de moins de 20 ans :  $OR_b 1,89$  (IC95% 0,79-4,49 ;  $p=0,14$ ) et celle de 30 ans et plus de 1,25 fois plus que les moins de 20 ans :  $OR_b 1,25$  (IC95% 0,35-5,01 ;  $p=0,72$ ). Les HSH actifs sont 0,28 fois plus victimes de stigmatisation que les HSH passifs ou réceptifs  $OR_b 0,28$  (IC95% : 0,16-0,50),  $p < 0,001$ ). Les HSH dont l'entourage proche est au courant de leur statut de HSH sont, 5,68 fois plus victime de stigmatisation que ceux dont l'information n'est pas connue  $OR_b 5,68$  (IC 95% : 3,30-9,76 ;  $p < 0,001$ ). Le modèle multivarié final retenu est relatif à la pratique sexuelle qui est significativement associée à la stigmatisation (pratique actif :  $OR_a 0,28$  (IC 95% : 0,15-0,53,  $p < 0,001$ ) et la pratique versatile pratique :  $OR_a 0,38$  (IC 95% : 0,16-0,92 ;  $p=0,032$ ) et vivre en couple :  $OR_a 2,16$  (IC95% : 1,17-3,97 ;  $p=0,013$ ) et l'entourage proche est au courant du statut HSH :  $OR_a : 5,58$  (IC95% : 3,16-9,83 ;  $p < 0,001$ ) (Tableau 5).

## Discussion

L'opinion générale en Afrique estime que l'homosexualité est une perversion des pays du Nord qui est venue contaminer nos traditions africaines, malgré les preuves de plus en plus nombreuses de l'existence de l'homosexualité dans l'Afrique précoloniale [25]. Il est vrai qu'une proportion importante des nouvelles infections au VIH de nos jours sont imputables à l'homosexualité, le lien étroit qui existe entre la vulnérabilité des homosexuels au VIH et la stigmatisation est un problème récurrent dans la réponse à l'épidémie de l'infection à VIH [26].

**Forces des principaux résultats de l'étude:** la vulnérabilité des homosexuels au VIH à la stigmatisation et à la discrimination sont principalement liées à des facteurs internes liés à la famille, à l'environnement de vie immédiat et à des facteurs externes en relation avec la communauté élargie, voire la société toute entière. Les HSH ont décrit les manifestations de la stigmatisation et de la discrimination subies, de même que les circonstances et les différents acteurs responsables de cette situation en famille, en communauté, en société et en milieu de soins. Les types de violence couramment retrouvés dans l'étude liés à la stigmatisation et à la discrimination sont relatifs à la violence verbale, la violence morale, la violence physique et dans une moindre mesure les deux types de violences: verbale et physique associées. En matière d'accès aux soins, il existe des barrières d'accès aux soins des HSH, ils ne fréquentent pas préférentiellement les structures publiques et reçoivent de la stigmatisation et de la discrimination des acteurs de soins à différents niveaux. Les HSH sont arrivés à identifier clairement les instruments et canaux d'information et les structures préférées d'accueil pour les soins.

**Forces et faiblesses par rapport à d'autres études:** la plupart des HSH de l'étude sont jeunes, de niveau d'étude d'au moins secondaire, ils sont en majorité célibataires et sans grand revenu, ces résultats sont similaires à ceux retrouvés par Anderson *et al.* en

Tanzanie [27] et Yaxin Zhui en Chine [28]. Cette situation s'explique par les caractéristiques de la catégorie de participants HSH accessibles aux différentes études, ils sont pour la plupart jeunes, élèves ou étudiants sans emploi durable et ayant un accès plus facile aux informations sur la défense et la protection des droits humains et sont des militants des réseaux d'activistes au niveau pays et à travers le monde [27, 28]. Les HSH vivant avec le VIH sont plus stigmatisés et discriminés que les autres mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Ce résultat est similaire à celui de Magno *et al.* au Brésil et corrobore l'idée que la stigmatisation et la discrimination d'un HSH ne sont pas forcément liées à son statut sérologique [29]. Les formes de stigmatisation et de discrimination enregistrées sont des types de violences verbales ou physiques, parfois les deux ensemble et les auteurs sont habituellement la famille, les voisins ou de la communauté, cet état de chose est décrit également dans l'étude réalisée par Anderson *et al.* en Tanzanie [27]. Il faut noter que les premières alertes et les premiers soupçons d'homosexualité partent de la famille proche, les frères et sœurs, les parents et ensuite les amis et la communauté.

Les HSH éprouvent des difficultés et sont victimes de stigmatisation et de discrimination dans l'accès aux soins en général et en particulier aux soins préventifs à l'infection à VIH, cette situation est similaire à celle retrouvée par Smith *et al.* dans une étude sur les HSH dans les pays au Sud du Sahara [12]. Dans la plupart des pays africains, les HSH n'ont pas accès en toute sécurité à l'information et aux services pertinents sur le VIH/SIDA et les soins de santé spécifiques, et de nombreux États africains n'ont pas encore commencé à reconnaître ou répondre aux besoins de ces hommes en rapport avec les programmes nationaux de prévention et de contrôle des maladies et du VIH/SIDA. Tout ceci, dans un contexte africain où l'homosexualité est illégale dans la plupart des pays et l'hostilité politique et sociale est endémique. La communauté du VIH/SIDA a alors des défis considérables à relever

pour clarifier et répondre aux besoins des HSH [12, 30, 31].

Plusieurs études ont évoqué les conséquences à court et long terme de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé psychologique et mentale voire le bien être global des HSH, nos résultats ont retrouvé la perte d'estime de soi, de la joie de vivre, du désintéressement, mais pas d'état dépressif, de l'abus d'alcool et de stupéfiants comme dans les études de Shauna Stahlman au Lesotho, de Cristina Rodriguez au Nigeria, de Xiaohong Pan à Wenzhou en Chine [25, 32-34]. Les résultats de l'étude n'ont pas retrouvé l'autostigmatisation et la discrimination des HSH dans leur vécu au quotidien de leur orientation sexuelle, par contre Yaxin Zhu en Chine et Shauna Stahlman au Lesotho ont retrouvé chez les HSH des facteurs d'autostigmatisation, d'auto-exclusions des HSH eux-mêmes du système familial, sanitaire, communautaire, sociale du fait de l'attitude, du regard et du comportement des membres de la famille, des amis, du système de soins, de la société en général. Il s'agit là d'un double fardeau de stigmatisation et de discrimination liées à l'infection à VIH [28, 35]. Les facteurs associés significativement à la stigmatisation et à la discrimination étaient le type de pratique sexuelle, l'entourage proche au courant du statut HSH et vivre en couple. Ce modèle est différent de celle retenue par Yaxin Zhu en Chine, compte tenu des spécificités de l'environnement sexuel et des variables considérées dans le modèle, la stigmatisation est associée significativement avec l'expérience de violence physique pendant l'enfance, de l'autostigmatisation et moins d'une bonne santé mentale [28].

**Signification de l'étude:** les résultats de l'étude doivent être interprétés à la lumière de plusieurs limites. Les données et mesures collectées ont été auto-déclarées et peuvent être sujettes à un biais de rappel ou à un biais de désirabilité sociale. Les HSH peuvent être plus susceptibles de sous-déclarer ou d'aggraver les manifestations vécues en rapport avec la stigmatisation et de

discrimination à cause de la nature délicate et sensible socialement et/ou culturellement de ces sujets. De plus, il s'agit d'une étude transversale et par conséquent, ne peut fournir de données probantes sur la temporalité ou la causalité des associations entre la stigmatisation et de discrimination et le risque de contracter le VIH ou les autres facteurs d'exposition.

**Questions sans réponse et recherche future:** il s'agit essentiellement de l'étude des déterminants de la stigmatisation et de discrimination des HSH en milieu de soins.

## Conclusion

Malgré la mobilisation mondiale exceptionnelle des deux dernières décennies, la stigmatisation et la discrimination constituent toujours des problèmes cruciaux dans le domaine du VIH. Non seulement ces phénomènes persistent, mais ils progressent plus vite qu'on le pensait. Presque partout, les taux d'infection par le VIH sont plus élevés chez les HSH que dans le reste de la population. Ceci est en partie dû à une information insuffisante, aux barrières d'accès aux services de prévention car l'hétérosexisme et l'homophobie marginalisent les HSH et les rendent moins aptes à adopter les moyens de prévention et à recevoir les soins et soutien adéquats dans l'espace et dans le temps.

### *Etat des connaissances actuelles sur le sujet*

- *La stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH;*
- *La stigmatisation et la discrimination dont sont victimes des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes;*
- *Une prévalence élevée de l'infection à VIH qui reste élevée au sein des populations des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.*



## Contribution de notre étude à la connaissance

- *La stigmatisation et la discrimination des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en milieu de soins - elle décrit les manifestations et identifie les acteurs qui en sont responsables;*
- *Elle identifie et décrit les facteurs associés à la stigmatisation et à la discrimination des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ;*
- *Elle montre les structures et la préférence d'offres de soins préventifs à l'infection à VIH des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.*

## Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

## Contributions des auteurs

La conception, le design, la rédaction du protocole et du manuscrit ont été réalisés par SH et YGA. AB a analysé et interprété les données, tandis que CA a participé à la rédaction du protocole de l'étude, à la formation des enquêteurs, à la collecte et à la saisie des données et à réviser de manière critique intellectuelle le manuscrit pour son approbation finale. MB et MA ont contribué à l'interprétation des données, à la révision critique intellectuelle et à l'approbation finale de la version à publier. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit du Réseau Benin Synergie Plus (BeSyP) et plus particulièrement à son président M. Axel Akpaca et du réseau Coalition Sida Bénin (CSB) et à son président M. Béhanzin Francis pour tout l'accompagnement nécessaire à la réalisation de cette étude.

## Tableaux et figures

**Tableau 1:** caractéristiques des participants de l'étude

**Tableau 2:** répartition des HSH selon leur préférence d'offres de service de prévention et de dépistage de l'infection à VIH

**Tableau 3:** répartition des HSH selon leur vécu familial et communautaire de l'homosexualité

**Tableau 4:** répartition des HSH selon le vécu de la stigmatisation et de la discrimination et des attitudes des agents de santé dans l'offre soins

**Tableau 5:** analyse uni-variée et multivariée de la stigmatisation avec les variables sociodémographiques et comportementales au niveau des HSH

**Figure 1:** une représentation visuelle de la stigmatisation et de la discrimination

**Figure 2:** répartition des HSH recrutés selon les différentes localités de la collecte et en fonction des graines avec la méthode RDS

## Références

1. Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS-Bénin). Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2015-2017. Décembre 2014.
2. Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS-Bénin). Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2001-2005. Octobre 2000.
3. Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS-Bénin). Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2007-2011. Décembre 2006.
4. Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS-Bénuin). Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2012-2016. Décembre 2011.

5. Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS-Bénin). Index de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH au Bénin. Avril 2016.
6. ICF International Calverton M. Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2011-2012. Ministère du Développement, de l'Analyse Économique et de la Prospective/Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) Cotonou, Bénin. Page: 18 2011-2012.
7. ICF Rockville M. Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018. Ministère du Plan et du Développement Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), Cotonou, Bénin. Juillet 2018.
8. Brondani MA, Alan R, Donnelly L. Stigma of addiction and mental illness in health care : the case of patients' experiences in dental settings. *PLoS One*. 2017;12(5): e017738. **PubMed | Google Scholar**
9. Gall-ML. Lutte contre le Sida et homosexualités en Afrique francophone. Une étude comparative MIRE (Mission Innovation Recherche Evaluation). Association AIDES/Association Sidaction. Septembre 2012.
10. AAH ASEMIR. Des violences et violations faites aux minorités sexuelles et de genre au Cameroun. Rapport annuel 2018 des cas de violences et violations faites sur la base de l'Orientation Sexuelle et de l'Identité de Genre au Cameroun. 2018.
11. Beyrer C, Sullivan PS, Sanchez J, Dowdy D, Altman D, Trapence G *et al*. A call to action for comprehensive HIV services for men who have sex with men. *Lancet* 2012, 380(9839): 424-438. **Google Scholar**
12. Smith AD, Tapsoba P, Peshu N, Sanders EJ, Jaffe HW. Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2009, 374(9687): 416-422. **Google Scholar**
13. ONUSIDA. Rapport mondial sur le suivi de la lutte contre le sida 2018: Indicateurs de suivi de la Déclaration Politique sur la fin du sida, adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2016.
14. ONUSIDA. Le VIH et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord : d'une démarche de sensibilisation, à une démarche d'engagement. Equipe Régionale d'Appui de l'ONUSIDA pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord.
15. ONUSIDA. Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici à 2030. 2014.
16. Micheni M, Rogers S, Wahome E, Darwinkel M, van der Elst E, Gichuru E *et al*. Risk of sexual, physical and verbal assaults on men who have sex with men and female sex workers in coastal Kenya. *AIDS*. 2015;29 Suppl 3: S231-236. **Google Scholar**
17. Rodriguez-Hart C, Musci R, Nowak RG, German D, Orazulike I, Ononaku U *et al*. Sexual stigma patterns among Nigerian men who have sex with men and their link to HIV and sexually transmitted infection prevalence. *AIDS Behav* 2018, 22(5): 1662-1670. **Google Scholar**
18. Van der Elst EM, Smith AD, Gichuru E, Wahome E, Musyoki H, Muraguri N *et al*. Men who have sex with men sensitivity training reduces homophobia and increases knowledge among Kenyan healthcare providers in coastal Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2013;16 Suppl 3: 18748. **Google Scholar**
19. Présidence de la République du Bénin. Constitution de la République du Bénin. Décembre 1990.
20. Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS-Bénin). Loi 2005-31 du 19 avril 2006, portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/sida dans la république du Bénin. Avril 2006.

21. Heckathorn DD. Snowball versus respondent-driven sampling. *Sociol Methodol.* 2011;41(1): 355-366. **Google Scholar**
22. Johnson L. Échantillonnage déterminé selon les répondants pour les populations difficiles à joindre. *Methodological Innovations Online.* 2010;5(2): 38-48. **Google Scholar**
23. Maroc, Ministre de la santé. Enquête intégrée de surveillance bio-comportementale auprès des hommes ayant des rapports, sexuels avec des hommes (HSH) à Agadir et Marrakech, Maroc, 2010 - 2011. 2011.
24. Lwianga SK, Lemeshow S. Détermination de la taille d'un échantillon dans les études sanométriques. Organisation mondiale de la Santé, 1991. Manuel pratique. **Google Scholar**
25. Stahlman S, Grosso A, Ketende S, Sweitzer S, Mothopeng T, Tarubekera N *et al.* Depression and social stigma among MSM in Lesotho: implications for HIV and sexually transmitted infection prevention. *AIDS Behav.* 2015;19(8): 1460-1469. **Google Scholar**
26. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH, Groupe de travail sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. Bibliothèque de l'OMS, Genève 2011. **Google Scholar**
27. Anderson AM, Ross MW, Nyoni JE, McCurdy SA. High prevalence of stigma-related abuse among a sample of men who have sex with men in Tanzania : implications for HIV prevention. *AIDS Care.* 2015;27(1): 63-70. **Google Scholar**
28. Yaxin Zhu, Jie Liu, Yucun Chen, Ruochen Zhang, Bo Qu. The relation between mental health, homosexual stigma, childhood abuse, community engagement, and unprotected anal intercourse among MSM in China. *Scientific Reports.* 2018;8: 3984. **Google Scholar**
29. Magno L, Dourado I, da Silva LAV, Brignol S, Brito AM, Guimaraes MDC *et al.* Factors associated with self-reported discrimination against men who have sex with men in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2017;51: 102. **Google Scholar**
30. Association LGBT militante & friendly P-C. Histoire LGBT: dès l'antiquité, l'homosexualité était bien présente. Saintes 5, passage Ancienne Caserne 17100 Saintes - Contact La Rochelle.
31. Mellouk O. Lutte contre la stigmatisation et les discriminations : des discours à la réalité. *Transcriptases n°144 Spécial Vienne 2010*, réalisé en partenariat avec l'ANRS Publié le 10 Janvier 2011.
32. Rodriguez-Hart C, Nowak RG, Musci R, German D, Orazulike I, Kayode B *et al.* Pathways from sexual stigma to incident HIV and sexually transmitted infections among Nigerian MSM. *AIDS.* 2017;31(17): 2415-2420. **Google Scholar**
33. Jiang T, Zhou X, Wang H, Luo M, Pan X, Ma Q *et al.* Psychosocial factors associated with quality of life in young men who have sex with men living with HIV/AIDS in Zhejiang, China. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(15). **Google Scholar**
34. Jiang T, Cai G, Pan X, Ma Q. Psychosocial factors related to the practice of high risk sexual behavior among men who have sex with men: a review. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2014, 35(10): 1177-1180. **Google Scholar**

35. Stahlman S, Sanchez TH, Sullivan PS, Ketende S, Lyons C, Charurat ME *et al.* The prevalence of sexual behavior stigma affecting gay men and other men who have sex with men across sub-Saharan Africa and in the United States. *JMIR Public Health Surveill.* 2016;2(2): e35. **Google Scholar**

**Tableau 1** : caractéristiques des participants de l'étude

<b>Variab</b> les	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Âge (en années)</b>		
Moins de 20	55	13,3
20-24	215	51,9
25-29	120	29,0
30 ans et plus	24	5,8
<b>Situation matrimoniale</b>		
Marié/divorcé	25	6,03
Célibataire	389	93,96
<b>Vivre en couple (n=411)</b>		
Non	295	76,15
Oui	116	23,84
<b>Niveau d'instruction</b>		
Non scolarisé	8	1,93
Primaire	35	8,45
Secondaire	171	41,3
Supérieur	200	48,31
<b>Profession</b>		
Artisans	98	23,67
Commerçants	22	5,31
Fonctionnaires	47	11,35
Elèves/étudiants	247	59,66
Non	317	76,57
<b>Revenu mensuel (en milliers de FCFA. 10<sup>3</sup>)*</b>		
Inférieur à 25	10	10,30
25 - 50	36	37,11
50 - 150	47	48,45
Supérieur à 150	04	4,12
*1\$=585FCFA		

**Tableau 2** : répartition des HSH selon leur préférence d'offres de service de prévention et de dépistage de l'infection à VIH

<b>Variabes</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Préférence d'offre de services pour la prise en charge des IST et du VIH</b>		
Centre de santé public	133	32,13
Centre de santé privé	229	55,31
Tradithérapeute	7	1,69
Automédication	45	10,87
<b>Connaissance d'une structure pour faire le test de dépistage du VIH</b>		
Oui	346	83,57
Non	68	16,43
<b>Test de dépistage du VIH trois derniers mois</b>		
Oui	282	68,12
Non	132	31,88
<b>Avoir pris les résultats après le test</b>		
Oui	259	62,56
Non	20	4,83
<b>Connaissance de l'existence d'un traitement destiné aux personnes qui ont le VIH/Sida</b>		
Oui	290	70,05
Non	124	29,95
<b>Connaissance du statut sérologique de votre partenaire régulier</b>		
Oui	187	45,17
Non	227	54,83
<b>Prêt à faire le test de dépistage</b>		
Oui	348	84,06
Non	66	15,94
<b>Raison de non acceptation de faire son test de dépistage</b>		
Peur de découvrir son statut sérologique	38	9,18
Est bien portant	20	4,83
Ne voit pas l'utilité	8	1,93
<b>Connaissance d'un ou plusieurs lieux de prise en charge des IST et du VIH par les HSH</b>		
Oui	45	10,87
Non	369	89,13
<b>Connaissance de structure de prise en charge des IST/IH (n=45)</b>		
Hôpital	18	40,00
Centre de santé	21	46,66
Association/ONG de santé	26	57,77
<b>Utilisation des préservatifs reçus gratuitement (n=414)</b>		
Oui	319	77,05
Non	43	10,39
Jamais reçu	52	12,56

**Tableau 3** : répartition des HSH selon leur vécu familial et communautaire de l'homosexualité

Variables	n	%
<b>Entourage au courant du votre statut HSH (n=414)</b>		
Oui	116	28,02
Non	298	71,98
<b>Première personne de l'entourage familial au courant du votre statut HSH (n=116)</b>		
Père	17	14,78
Mère	39	33,91
Épouse et partenaire femme	4	3,47
Frères/Sœurs	59	51,30
<b>Attitudes des parents face au statut HSH de leur enfant/frère/sœur (n=116)</b>		
Indifférence	37	32,17
Compréhension/Acceptation	30	26,11
Rejet/Exclusion	99	86,11
Coercition (pressions)	57	49,56
Violences physiques	16	13,91
<b>Agressions subies du fait d'être HSH (n=414)</b>		
Non	310	82,10
Verbale	58	14,01
Physique	07	1,70
Verbale & physique	09	2,20
<b>Auteur de cette agression/violence (n=74)</b>		
Membre de la famille	18	24,30
Individu de la population	46	62,20
Force de sécurité	12	14,61
Voisins/amis/collègues	16	21,62
<b>Surnoms et sobriquet en terme de violence verbale (n=72)</b>		
Tata	9	12,50
Atchagan	6	8,31
Tantie	8	11,15
Sounougnonou	27	37,80
Mademoiselle	7	9,71
Branché	18	25,03
Pede/Nangan/Dowoto	33	45,80

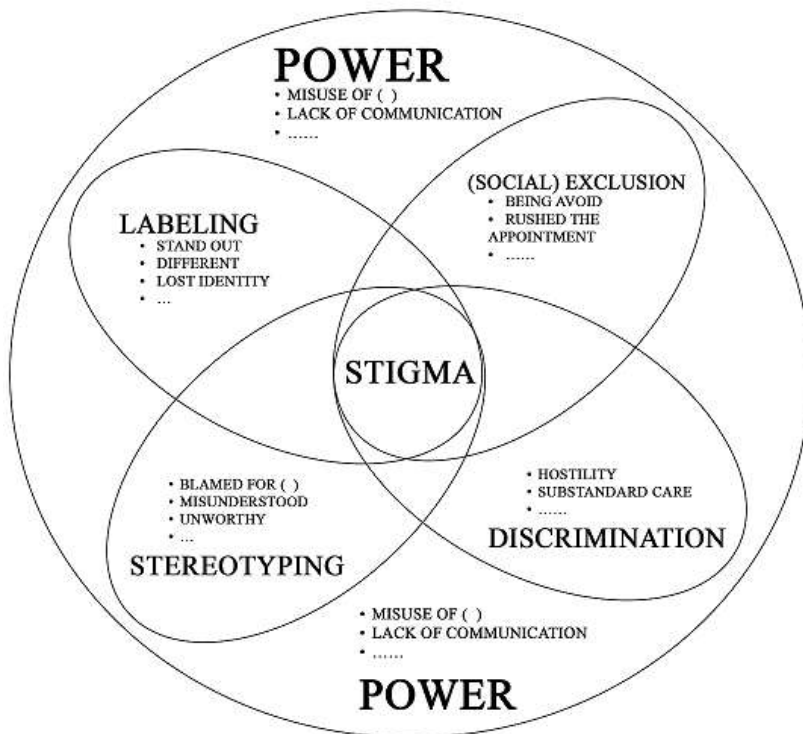
**Tableau 4** : répartition des HSH selon le vécu de la stigmatisation et de la discrimination et des attitudes des agents de santé dans l'offre de soins

Variables	N	%
<b>HSH victimes de stigmatisation/discrimination par un agent de santé (n=414)</b>		
Oui	95	22,95
Non	119	77,05
<b>Période de la stigmatisation dans les soins (n=95)</b>		
Accueil	08	8,82
Anamnèse	12	12,68
Examen physique	54	50,53
Soins et conseils	31	28,42
<b>Agents responsables de la stigmatisation (n=95)</b>		
Médecins	23	24,21
Infirmier(e)	72	75,79
Technicien de laboratoire	61	64,21
Aides-soignants dispensateurs de médicaments	78 08	82,11 8,42
<b>Manifestation de la stigmatisation (n=95)</b>		
Mauvais accueil	08	8,82
Violence verbale	82	86,31
Refus d'examiner/de toucher	54	50,53
Refus d'administration des soins/retard dans la prise en charge	47 89	49,47 93,68
<b>Structures de soins des agents responsables de stigmatisation (n=95)</b>		
Centres et hôpitaux publics	79	83,15
Centre et hôpitaux confessionnels	49	51,57
Clinique/centre de santé d'ONG	17	17,89
Clinique/centre de santé privé	9	9,47
<b>Vécu personnel de cette agression (n=74)</b>		
Discrimination	26	35,10
Stigmatisation	16	21,60
Humiliation	40	54,11
Provocation	37	50,00
Nerveux et triste	5	6,82
<b>Voies de recours suite à l'agression/violence (n=74)</b>		
Réseau/association HSH	7	9,50
Famille	8	10,50
Communauté LGBTQI	3	5,13
Forces de sécurité	0	-
Aucune	53	71,6
<b>Avoir eu une suite par rapport au recours (n=51)</b>		
Non	39	76,5
Oui	12	23,5
<b>Raison de l'absence de suite au recours (n=53)</b>		
Inexistence de voies de recours	29	54,70
Perception sociale négative des HSH	13	24,51
Répression des HSH	2	3,8
Pas voulu s'exposer	3	5,7

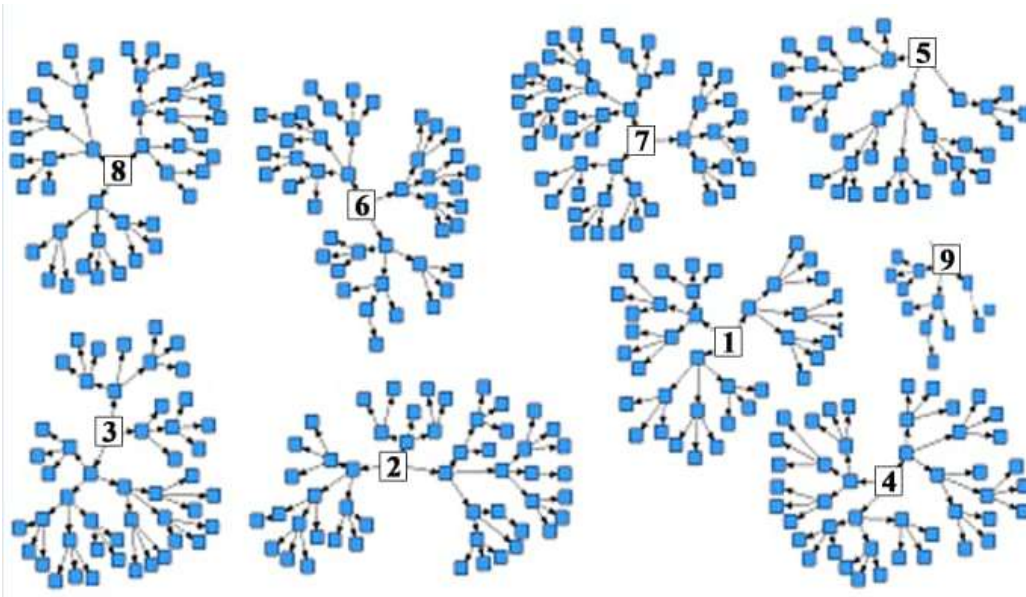


**Tableau 5** : analyse univariée et multivariée de la stigmatisation avec les variables sociodémographiques et comportementales au niveau des HSH

Variables	Catégories	Stigmatisation						ORb (brute)		ORa (ajusté)		p
		Oui		Non		ORb	95%IC	p	ORa	95%IC		
		n	%	n	%							
Ages (en années)	moins de 20	11	20	44	80	1						
	20-24	42	19,5	173	80,5	1,03	0,49-2,16	0,93				
	25-29	14	11,7	106	88,3	1,89	0,79-4,49	0,14				
	30 et plus	4	16,7	20	83,3	1,25	0,35-5,01	0,72				
Situation Matrimoniale	Célibataires	67	17,2	322	82,8	1,09	0,36-3,28					
	Mariés/divorcés	4	16	21	84	1		0,87				
Profession	Artisans	12	12,2	86	87,8	1						
	Commerçants	4	18,2	18	81,8	1,59	0,46-5,50	0,46				
	Fonctionnaires	7	14,9	40	85,1	1,25	0,45-3,42	0,65				
	Élèves/Étudiants	48	19,4	199	80,6	1,72	0,87-3,41	0,11				
Niveau d'instruction	Non scolarisé/primaire	5	11,5	38	88,4	1						
	Secondaire	29	17	142	83	1,72	0,63-4,68	0,28				
	Supérieur	37	18,5	163	81,5	1,55	0,56-4,28	0,39				
Type d'homosexualité	Bisexuel	27	17,5	127	82,5	1						
	Homosexuel	44	16,9	216	83,1	0,95	0,56-1,62	0,87				
Pratique sexuelle	Passif/receptif	38	29,7	90	70,3	1			1			
	Actif/insertif	24	10,7	200	89,3	0,28	0,16-0,50	<0,001	0,28	0,15-0,53	< 0,001	
	Versatile/les deux	9	16,4	46	83,6	0,46	0,20-1,04	0,06	0,38	0,16-0,92	0,032	
A reçu des fellations ces 3 derniers mois	Non	56	19,5	228	80,3	1						
	Oui	15	11,5	115	88,5	0,53	0,28-0,97	0,04				
A donné des fellations ces 3 derniers mois	Non	58	17,1	281	81,9	1						
	Oui	13	17,3	62	82,7	1,01	0,52-1,96	0,96				
Avoir pratiqué le partouze ces 3 derniers mois	Non	63	17,8	290	82,2	1						
	Oui	8	13,1	53	86,9	0,69	0,31-1,53	0,36				
Infection HIV	HIV-	60	16,8	298	83,2	1						
	HIV+	11	19,6	45	80,4	0,82	0,40-1,68	0,59				
Avoir un travail rémunéré	Oui	16	16,5	81	83,5	1						
	Non	55	17,4	262	82,6	1,06	0,57-1,95	0,84				
Vit en couple	Oui	26	22,4	90	77,6	1			1			
	Non	45	15,3	250	84,7	1,61	0,94-2,75	0,08	2,16	1,17-3,97	0,013	
Entourage proche au courant du statut HSH	Oui	43	37,1	73	62,9	1			1			
	Non	28	9,4	270	90,6	5,68	3,30-9,76	< 0,001	5,58	3,16-9,83	< 0,001	



**Figure 1:** une représentation visuelle de la stigmatisation et de la discrimination



**Figure 2:** répartition des HSH recrutés selon les différentes localités de la collecte et en fonction des graines avec la méthode RDS