



Primature



Guinea

ETUDE D'ESTIMATION DE LA TAILLE DES
PROFESSIONNEL(LE) S DU SEXE (PS) ET DES HOMMES
AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES
HOMMES (HSH) EN GUINÉE

Rapport août 2017



Investissons dans notre avenir

Le Fonds Mondial

De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Guinée (2017) : ETUDE DE SURVEILLANCE COMPORTEMENTALE ET BIOLOGIQUE (ESCOMB) auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH)

© Population Services International, 2017

Contacts :

Mamadou Saliou Kalifa Diallo Coordonnateur Recherche suivi -Evaluation PSI/Guinée Téléphone : +224 622 981 892 sadio@psiguinee.org	Peter CLANCY Représentant Résident PSI/Guinée Téléphone : +224 628 684 800 PClancy@psi.org
--	--

Citation recommandée :

PSI/Guinée, SE/CNLS, PNPCSP, « Etude nationale d'estimation de la taille des professionnelles de sexe (PS) et des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) en Guinée, 2017 »

Préface



Les interventions de prévention et de prise en charge en matière de VIH/SIDA pour l'atteinte des objectifs 90-90-90 d'ici 2020 en Guinée passent par l'intégration dans les programmes des besoins spécifiques des groupes clés et vulnérables. Ainsi, dans la perspective de fournir des informations opérationnelles à même de guider les activités dans le cadre des interventions susmentionnées, une étude d'estimation de tailles des populations-clés, principalement, les professionnelles du sexe (PS) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) a été conduite en 2017. Elle fait suite à celles réalisées en 2011 et 2013 et a fait appel à l'utilisation de méthodes innovantes promues par les instituts de recherche.

Cette étude réalisée, sous financement du Fonds Mondial pour la Guinée sur la période 2015-2017, est le fruit d'une synergie de mise œuvre ayant impliquée PSI/Guinée, le Secrétariat Exécutif du Comité National de lutte contre le Sida, le Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA du Ministère de la Santé, et les associations de populations clés (Association des Jeunes Filles dévouées de Guinée et ONG Afrique Arc en Ciel).

Le présent rapport d'enquête fournira les données globales sur la taille des PS et des HSH en Guinée, les données désagrégées par région administrative pour de meilleures planifications et orientations des actions des parties prenantes impliquées dans la riposte contre le VIH/SIDA en Guinée

Nous saisissons cette opportunité pour remercier, au nom du gouvernement et du Comité National de Lutte contre le Sida, les Partenaires Techniques et Financiers en particulier PSI/Guinée, les associations des groupes cibles enquêtés, les structures d'appui techniques, les autorités locales et les structures et sites visités pour leur appui et leur dévouement qui ont fortement contribué à l'atteinte de ces résultats. Enfin, nous appelons à une plus grande mobilisation sociale et exhortons l'ensemble des partenaires à toujours soutenir les actions du CNLS pour infléchir l'incidence du VIH au sein de ces groupes de populations clés afin de réussir l'objectif mondial d'éradication du VIH d'ici à 2030.

Le Secrétaire Exécutif du CNLS



Dr Abass DIAKITE

Remerciements

Nous exprimons notre sincère gratitude au Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS) et au Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH SIDA, tout spécialement à leurs départements respectifs de Recherche Suivi Evaluation pour l'excellente interaction et la parfaite collaboration.

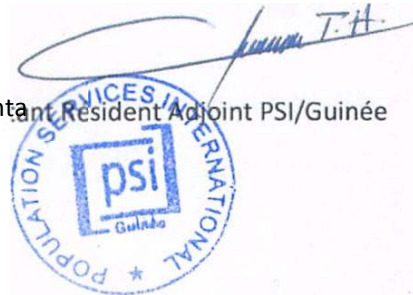
Une mention toute particulière à l'endroit de l'ONG Arc en Ciel, et de l'association des jeunes filles dévouées de Guinée. Nos remerciements aussi vont à l'endroit des HSH et des PS interviewés qui ont, malgré l'environnement peu favorable, partagé leur vécu avec les pairs enquêteurs, contribuant ainsi à l'amélioration de l'accès aux services en direction des HSH et des PS basés sur des évidences

Notre gratitude va à l'endroit du consultant, Dr. Patrice ZEKENG, spécialiste en santé publique, expert en populations clés, pour son engagement et sa disponibilité ainsi qu'à l'équipe de recherche régionale de PSI/Guinée pour les orientations stratégiques, la facilitation, l'appropriation à toutes les étapes de l'enquête notamment la revue du protocole, l'organisation et la supervision de la collecte des données qui ont conduit sans doute nul doute à la mise en œuvre de cette enquête.

A toutes les parties prenantes, réunies au sein de l'équipe technique de supervision des données de collecte pour leur dévouement, leur esprit d'équipe, leur adhésion et leur mobilisation sans lesquels ce travail n'aurait pu être menées : qu'ils en soient remerciés.

Dr Hugues Asken TRAORE

Représentant Resident Adjoint PSI/Guinée



Acronymes et abréviations

- CNLS** : Conseil National de Lutte contre le Sida
- EDS** : Enquête Démographique et de Santé
- ESCOMB** : Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique
- ESDG** : Enquête de Surveillance de Deuxième génération
- HSH** : Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
- IST** : Infection Sexuellement Transmissible
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONUSIDA** : Programme Commun des Nations Unis sur le VIH/Sida
- PS** : Professionnel (le)s de Sexe
- PSI** : Population Services International
- RDS** : Respondent Driven Sampling
- SIDA** : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- USAID** : Agence Américaine pour le Développement International
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

Préface.....	ii
Remerciements	iv
Acronymes et abréviations.....	v
Sommaire	vi
LISTES DES TABLEAUX.....	vi
LISTES DES FIGURES.....	vii
Résumé	viii
Principaux résultats	viii
Conclusions.....	ix
Introduction.....	1
1. Contexte et justification	2
1.1. Données épidémiologiques et d'estimations disponibles.....	2
1.2. Contexte socio-politique et juridique sur les populations clés PS et HSH en Guinée.	3
2. Objectifs de l'étude	3
3. Approche méthodologique et opérationnelle	4
4. Traitement et analyse des données	11
5. Présentation des résultats clés.....	12
5.1. Estimation préliminaire de la taille des PS et HSH à partir de la cartographie	12
5.2. Estimation de la taille des HSH à partir de la méthode du multiplicateur « objet unique »	14
5.3. Estimation de la taille des PS et HSH basée sur la cartographie et l'étude de validation.....	15
6. Triangulation et conclusions	22
7. Comparaison avec les données de l'étude d'estimation de la taille des PS et HSH (2011 et 2013)	22
8. Limites de l'étude	23
9. Projection des données de l'étude d'estimation de la taille des PS et HSH à l'horizon 2020.....	23
10. Conclusions.....	24
11. Bibliographie.....	a
12. Annexes (voir le protocole de l'étude).....	b

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1: Catégorisation des sites de fréquentation des PS et HSH selon leurs critères de priorisation	6
Tableau 2: Répartition du type et du nombre de personnes à interviewer par catégorie de site	10
Tableau 3: Répartition de la taille des populations clés PS et HSH par région administrative de la Guinée	12

Tableau 4 : Répartition des sites de fréquentation et de socialisation des populations clés PS et HSH par catégorie et par préfecture de la Guinée.....	13
<i>Tableau 5 : Répartition des sites de fréquentation et de socialisation des populations clés PS et HSH par catégorie et par région administrative.</i>	<i>14</i>
<i>Tableau 6 : Répartition des sites de l'étude de validation par préfecture et par catégorie</i>	<i>15</i>
Tableau 7: Répartition des enquêtés selon leur position sur les sites d'enquête	16
Tableau 8: Estimation par les gérants du nombre approximatif de PS et HSH fréquentant les différentes catégories de sites pendant une période standard (samedi soir entre 21h et minuit)	16
Tableau 9: Estimation par les répondants PS et HSH du nombre approximatif de PS et HSH fréquentant les différentes catégories de sites pendant une période standard (samedi soir entre 21h et minuit).....	17
Tableau 10: Habitudes de fréquentation et de visite des sites par les répondants PS et HSH pendant une période standard (samedi soir entre 21h et minuit) et par catégorie de sites	18
Tableau 11: Estimation de la taille de la population clé PS par région administrative de la Guinée....	19
Tableau 12: Estimation de la taille de la population clé HSH par région administrative de la Guinée.	20
Tableau 13: Répartition des client (e) s et travailleur (se) rs par catégorie de site d'enquête	20
Tableau 14: Indicateurs clés de l'étude de validation auprès des client (e) s et travailleur (se) rs sur les principaux sites de fréquentation des populations clés PS et HSH en Guinée	21
<i>Tableau 15: Estimation nationale de la taille des populations clés PS et HSH selon les approches méthodologiques utilisées</i>	<i>22</i>
<i>Tableau 16: Comparaison des données de l'étude d'estimation nationale de la taille des populations clés PS et HSH réalisée en 2013 avec celles de l'édition 2017</i>	<i>22</i>
<i>Tableau 17: Projection de la taille des populations clés PS et HSH pour la période 2017-2020</i>	<i>23</i>

LISTES DES FIGURES

Graphique 1: Répartition des sites de fréquentation et de socialisation des PS et HSH par région administrative de la Guinée.	12
Graphique 2: Comparaison entre les estimations de la taille des PS faites par les gérants et celles faites par les PS interviewées pendant une période de forte fréquentation sur les mêmes sites lors de l'étude de validation.....	17
Graphique 3: Comparaison entre les estimations de la taille des HSH faites par les gérants et celles faites par les HSH interviewés pendant une période de forte fréquentation sur les mêmes sites lors de l'étude de validation.....	18

Résumé

Les dernières données d'estimation de la taille des populations clés PS et HSH en Guinée datent de 2013. Suite à ces études, il était prévu une actualisation de la taille des HSH et des PS en 2015. C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude qui a pour objectif général d'actualiser l'estimation de la taille des HSH et des PS en Guinée.

En l'absence d'une norme pour estimer la taille des populations mobiles et difficiles d'accès, ces estimations sont imprécises et sujettes à des biais potentiels. La présente étude a adopté une approche multi méthodes couplée de triangulation à savoir la cartographie nationale des sites de fréquentation des populations clés PS et HSH qui a couvert toutes les régions et préfectures de la Guinée, l'étude comportementale et biologique sur le VIH au sein des HSH en Guinée, et l'étude de validation associée à la cartographie pour produire les estimations les plus rigoureuses de la taille de ces populations.

Cette étude transversale descriptive à visée programmatique a été menée pendant le mois de mai 2017. Pour la définition des groupes cibles, l'équipe de recherche a adopté les définitions des agences de l'ONU en ce qui concerne les PS et les HSH. Sur la base du nombre et du type de populations clés rencontrés sur les sites lors de la cartographie et dans le but d'améliorer l'impact des interventions notamment l'accès aux services et la couverture des programmes de prévention en direction des populations clés PS et HSH, trois catégories de sites ont été définis en fonction de leur priorité de prévention (haute, moyenne et basse priorité). L'étude de validation a eu pour cadre les 5 communes urbaines de Conakry ; les chefs-lieux des régions administratives/préfectures de Boké, Kindia, Labé, Mamou, Kankan, Kissidougou, N'Zérékoré et Siguiri soit au total la ville de Conakry et huit préfectures de l'intérieur sur 33. Un questionnaire structuré en version électronique installé sur des « smartphones » a été administré à 274 gérants, 565 PS, 93 HSH, 891 clientes, 1212 clients, 125 travailleuses et 417 travailleurs sur les 275 sites sélectionnés et ce, pendant une période de forte affluence.

Principaux résultats

Grâce à la triangulation de plusieurs méthodes, la taille des populations clés PS et HSH pouvant être atteinte sur les sites de fréquentation pendant les périodes de forte affluence en Guinée est estimée à **14 728 PS et 818 HSH**. Il est important de souligner que la prise en compte des données de l'étude de validation auprès des client (e)s et membres du personnel sur les sites a induit une augmentation de 3% pour les PS (14 248 à 14 728) et 6% pour les HSH (766 à 818).

Méthode	Estimation nationale de la taille des populations clés PS et HSH	
	PS	HSH
Cartographie des sites de fréquentation	18 845	745
Objet unique multiplicateur lors de l'ESCOMB HSH		1423
Etude de validation (enquête complémentaire auprès des PS et HSH sur les sites)	20 681	1012
Formule de rectification de l'Université de Manitoba	14 248	766
Etude de validation auprès des client (e)s et membre du staff sur les sites	480	52
Triangulation	14 728	818

Les indicateurs clés de l'étude de validation auprès des client(e)s et travailleur(se)(r)s sur les principaux sites de fréquentation des populations clés PS et HSH en Guinée sont contenus dans le tableau suivant.

Indicateur	Valeur (N)	Pourcentage (%)
% d'hommes parmi les clients ayant rapporté un nombre de partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois	1212	3,8
% d'hommes parmi le staff masculin ayant rapporté un nombre de partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois	417	1,2
% de personnes parmi les clients de sexe masculin qui sont des clients de PS	1212	53,7
% de personnes parmi le staff masculin qui sont des clients des PS	417	41,4
% de personnes parmi les clientes qui sont des PS	891	50,0
% de personnes parmi le staff féminin qui sont des PS	125	26,8

Conclusions

- ✓ Bien que la taille de la population clé HSH pouvant être atteint sur les sites de fréquentation pendant les périodes de forte affluence en Guinée est estimée à **818** (cartographie et étude de validation), la méthode de l'objet unique multiplicateur donne une estimation globale de la taille de la population HSH en Guinée (**1423**).
- ✓ Pour une planification basée sur les bases factuelles probantes, la taille des HSH à considérer est de **818**.
- ✓ Plus de 70% des populations clés PS et HSH est concentrée dans trois régions : Conakry, Kindia et Boké.
- ✓ Les tailles obtenues serviront de dénominateur dans les estimations de la couverture des services/programmes en direction de ces populations.
- ✓ Les données complémentaires collectées auprès des gérants, PS, HSH, client (e)s et des membres du staff sur les sites lors de l'étude de validation révèlent que des efforts importants restent à faire pour renforcer/améliorer l'accès des populations clés (y compris les membres qui pour diverses raisons s'inscrivent dans la clandestinité) aux services/programmes de prévention et de soins contre les IST et le VIH.
- ✓ Toute estimation de la taille des populations clés PS, HSH basée sur la cartographie des sites de fréquentation doit nécessairement être associée à une étude de validation. En effet, l'étude de validation permet non seulement d'actualiser la base de données de la cartographie, mieux encore elle permet d'ajuster les estimations brutes de la taille des PS et HSH sujettes le plus souvent à de nombreux biais.

Introduction

Conscient du rôle que jouent les populations clés dans la survenue de nouvelles infections, plusieurs études ont été réalisées entre 2011 et 2016 en Guinée afin d'approfondir à la fois la connaissance de l'épidémie (prévalence du VIH et des IST, comportements à risque), de la riposte au VIH (accès aux services de prévention et de prise en charge), des lieux de socialisation et de la taille des populations clés PS et HSH.

Les données disponibles en 2012 montrent que la prévalence du VIH est de 16,7% chez les professionnelles de sexe féminin et de 56,6% chez les HSH (ESCOMB, 2012). Toutefois malgré une tendance relative à la diminution, les résultats de l'ESCOMB 2015 montrent que la prévalence du VIH reste élevée chez les PS (14,2%) et les HSH (11,4%). Les dernières données d'estimation de la taille de ces deux populations datent de 2013 (1415 HSH et 7975 PS au niveau national).

Vu la prévalence élevée du VIH et des IST chez les PS et les HSH, avec la persistance de comportements à risque et le faible accès aux services de prévention et de prise en charge les concernant, la Guinée a décidé malgré le contexte socio-juridique et dans un intérêt de santé publique, la production régulière d'information stratégique concernant ces groupes de population considérés comme prioritaires. C'est dans ce cadre que s'inscrit cette étude confiée à Population Services International (Co-Récepteur Principal pour la mise en œuvre de la subvention du Fonds Mondial de lutte... 2016/2017), qui a pour objectif général d'actualiser l'estimation de la taille des HSH et des PS en Guinée.

En l'absence d'une norme pour estimer la taille des populations mobiles et difficiles d'accès, ces estimations sont imprécises et sujettes à des biais potentiels. La présente étude a adopté une approche multi méthodes couplée de triangulation à savoir la cartographie nationale des sites de fréquentation des populations clés PS et HSH associée à une étude de validation, et l'étude comportementale et biologique sur le VIH au sein des HSH en Guinée pour produire les estimations les plus rigoureuses de la taille de ces populations. En effet, l'utilisation de plusieurs méthodes permet de comparer les résultats et de produire des intervalles de confiance avec des valeurs inférieures et supérieures limites plausibles.

Les résultats de cette étude permettront de répondre à des besoins de planification basée sur des bases factuelles probantes, ce qui permettrait par ricochet d'améliorer la performance et la couverture des programmes de prévention et de traitement destinés aux populations clés PS et HSH. La détermination des régions, villes et sites de haute priorité de prévention permettra de contribuer à l'atteinte des objectifs 90-90-90 d'ici 2020 en Guinée.

1. Contexte et justification

1.1. Données épidémiologiques et d'estimations disponibles

La prévalence du VIH en Guinée est estimée à 1,7% dans la population de 15 à 49 ans (EDS-MICS, 2012). Cette prévalence est plus élevée chez les femmes (2,1%) que chez les hommes (1,2 %) à l'exception de Labé et Mamou. On observe de grandes disparités selon les régions (2,7% à Conakry et 1% à Kindia) et selon le milieu de résidence (2,7% en milieu urbain et 1,2% en milieu rural). En outre, les résultats de l'EDS précisent que 81% des personnes infectées n'a jamais effectué de test du VIH.

D'après l'ESCOMB auprès des Groupes à haut Risque de l'infection par le VIH réalisé en décembre 2012 en Guinée, la prévalence du VIH chez les HSH et les PS est très élevée. Comparée celle observée au sein de la population générale (1,7%), elle était respectivement 33 et 10 fois plus élevée chez les HSH (56,6%) et les PS (16,7%)¹ avec des disparités selon les régions. A titre d'exemple chez les PS elle était plus élevée dans les régions de Conakry (29,3%), Boké (24,3%), Kindia (22,1%) et Mamou (13,3%) ; chez les HSH, elle était de 72,2% à Labé, 68,4% à Kindia, 55,6% à Conakry et 38,8% à Boké. Selon l'ESCOMB HSH de 2015, trois des cinq sites de l'étude affichent des taux de prévalence du VIH supérieurs à la moyenne nationale (11,4%). Il s'agit de N'Zérékoré (17,1%), de Kankan (14,6%) et de Boké (12,1%).

Ces prévalences citées ci-haut prouvent à suffisance que les PS et les HSH méritent une attention particulière pour parvenir à infléchir l'évolution de l'épidémie du VIH en Guinée, d'autant plus que par crainte d'être stigmatisés, ces deux populations cibles sont souvent obligées de se cacher pour préserver leur confidentialité. Ainsi, de par leurs comportements, ces populations sont très souvent difficiles à atteindre et sont moins à même d'avoir accès aux services et structures sanitaires disponibles.

La prévention et la prise en charge en matière du VIH et du sida ne peuvent être effectives sans la prise en compte dans les programmes des besoins des groupes vulnérables et marginalisés. Pour prévenir les nouvelles infections au VIH, il est essentiel que des efforts de prévention plus efficaces (lesquels seront inextricablement liés au traitement et aux soins) soient entrepris au sein des populations clés fortement exposées au risque. Le principal challenge pour la plupart de programmes dans la région est d'apporter une réponse à la fois rapide, intelligente et efficace en direction des PS et HSH. Pour cela, la principale question récurrente pour les responsables de programmes et projet en direction des populations clés PS et HSH est celle de savoir où et combien sont t'elles ?

C'est dans ce cadre que des études d'estimation de la taille des PS et HSH ont été réalisées à Conakry et dans les sept régions administratives de la Guinée en 2011 et 2013. Selon les rapports issus de ces études, la taille des HSH au niveau national était estimée à 1 415 (dont 648 à Conakry) en 2013, avec une forte concentration de cette population dans les zones minières et dans les grandes agglomérations² notamment Ratoma (31%) et Dixinn (9%) à Conakry, les régions de N'Zérékoré et Kankan (11% chacune). Selon les estimations faites dans le rapport de 2013, le nombre projeté de HSH est de 1455 en 2014, 1495 en 2015, 1537 en 2016 et 1580 en 2017.

¹ Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique (ESCOMB) de Guinée auprès de Groupes à haut Risque de l'infection par le VIH ; décembre 2012.

² Rapport d'estimation de la taille de HSH-Guinée, 2013.

S'agissant des sites de fréquentation/socialisation de HSH, 143 ont été identifiés en 2013 (dont 82 dans neuf préfectures de l'intérieur et 61 à Conakry).

Pour les professionnelles de sexe (PS), la taille³ estimée des PS en 2013 était de 7 975 (dont 4796 à Conakry) et elles étaient concentrées principalement dans les grandes villes, les zones minières et frontalières. Ainsi, les zones de forte concentration des PS étaient Matoto (29%) et Ratoma (23%) à Conakry et la région de Boké (9%). Selon les estimations faites en 2013, le nombre projeté de PS au niveau national est de 8 198 en 2014, 8 428 en 2015, 8 664 en 2016 et 8 906 en 2017.

1.2. Contexte socio-politique et juridique sur les populations clés PS et HSH en Guinée.

Dans plusieurs pays de la région, les relations homosexuelles ne sont pas socialement et culturellement acceptées et sont généralement considérées de délits par le code pénal avec des sanctions très sévères. La Guinée n'est pas de marge puisque la LOI N ° 98/036 du 31 décembre 1998 portant Code pénal dans la section VII intitulée "attentats aux mœurs (paragraphe 2 : attentat à la pudeur) stipule à l'Article 325 : « Tout acte impudique ou contre nature commis avec un individu de son sexe sera puni d'un emprisonnement de 6 mois à 3 ans et d'une amende de 100.000 à 1.000.000 de francs guinéens (soit 11 à 110 USD).

S'agissant des PS, on relève un vide juridique en ce qui concerne la prostitution dans le code pénal guinéen. Seul le proxénétisme est considéré comme délit. Sur le plan social on note une relative tolérance envers les PS même si quelques cas d'arrestations arbitraires sont souvent relevés par certaines ONG de proximité.

L'environnement juridique au plan national est marqué par l'existence de lois protectrices. En effet, la Guinée dispose d'une loi protégeant les personnes vivant avec le VIH contre toute forme de discrimination, et d'une loi définissant les protections destinées aux populations vulnérables. Même s'il existe une loi criminalisant les rapports sexuels de personnes du même sexe entre adultes consentants, on note dans l'ensemble une absence de lois entravant l'accès aux services de lutte contre le VIH pour les populations clés PS et HSH. Cependant la stigmatisation, l'environnement social et légal défavorables font des HSH une population difficile d'accès et qui échappe le plus souvent aux programmes de prévention et de traitement adéquats.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif général de la présente étude est d'actualiser l'estimation de la taille des HSH et des PS réalisée en 2011 et 2013 en Guinée.

De manière spécifique il s'est agi de :

- Estimer la taille des PS dans les principaux sites de concentration de cette population dans le pays ;
- Estimer la taille des HSH dans les principaux sites de concentration de cette population dans le pays ;
- Estimer la taille des PS et des HSH au plan national à partir des données collectées dans les principaux sites de concentration de ces 2 populations en Guinée.

³ Rapport d'estimation de la taille des PS-Guinée, 2013

Les résultats de cette étude permettront de répondre à des besoins de planification basée sur des bases factuelles probantes, ce qui permettrait par ricochet d'améliorer la performance et la couverture des programmes de prévention et de traitement destinés aux populations clés PS et HSH en Guinée.

3. Approche méthodologique et opérationnelle

3.1. Cadre géographique

Les rapports d'études d'estimation de taille de PS et HSH (2011 et 2013) précisent que les HSH se concentrent principalement dans les zones minières et dans les grandes agglomérations. Quant aux PS, elles se concentrent principalement dans les grandes villes, les zones minières et frontalières. En se référant aux études sus-citées, et aux données épidémiologiques disponibles (tendance à l'urbanisation de l'épidémie de VIH), la présente étude a eu pour cadre les 5 communes urbaines de Conakry ; les chefs-lieux des régions administratives/préfectures de Boké, Kindia, Labé, Mamou, Kankan, Kissidougou, N'zérékoré et Siguiri soit au total la ville de Conakry et huit préfectures de l'intérieur sur 33. Il est important de rappeler que cette étude fait suite à la cartographie nationale des sites de fréquentation des populations clés PS et HSH qui a couvert toutes les régions et préfectures de la Guinée.

3.2. Type et durée d'enquête

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à visée programmatique qui a été menée pendant le mois de mai 2017.

3.3. Population cible

Cette enquête a ciblé exclusivement les PS et les HSH se retrouvant dans les localités/préfectures couvertes par l'enquête (sur les principaux sites de fréquentation et de socialisation).

Pour la définition des groupes cibles, nous nous sommes alignés dans le cadre de cette étude, aux définitions adoptées par les agences de l'ONU en ce qui concerne les professionnel (le)s du sexe (PS) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

Les professionnel(le)s du sexe⁴ désignent : « les adultes et les jeunes de sexe féminin ou masculin, et transsexuel(le)s, qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, soit régulièrement, soit occasionnellement... ». Cette définition inclut ceux qui se livrent sporadiquement à des activités sexuelles en échange de cadeaux.

Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes : cette expression est abrégée en HSH et décrit des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, indépendamment de leurs rapports sexuels éventuels avec des femmes ou de leur identité bisexuelle ou gay sur le plan personnel ou social. C'est un concept utile car il permet d'inclure des hommes qui s'identifient comme hétérosexuels tout en ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

⁴ Le VIH et le commerce du sexe—Note d'orientation de l'ONUSIDA. Bien que la pratique du sexe transactionnel par les jeunes soit reconnue par l'ONUSIDA, néanmoins pour des raisons éthiques, cette définition n'inclut pas les jeunes de moins de 18 ans car pour cette tranche d'âge on parle plutôt de « l'exploitation sexuelle des mineurs ».

S'agissant des cibles directes de l'enquête d'estimation de la taille des PS et HSH en Guinée (2011 et 2013) il est important de souligner que la cible relative aux PS a porté sur les PS de tout âge et rejoignables sur les sites répertoriés/recensés. L'une des principales limites de cette enquête a été la non identification des PS clandestines. Quant aux HSH, il s'est agi également des HSH affichés qui fréquentent les sites ou qui sont connus par d'autres informateurs clés des sites identifiés.

De façon complémentaire aux enquêtes d'estimation de taille susmentionnées, il s'est avéré nécessaire et opportun dans le cadre de la définition des groupes cibles et sous-groupes de la présente enquête d'identifier parmi les populations fréquentant les sites à savoir les client(e)s et les travailleur(s)(rs)/staff, les autres sous-groupes tels que les PS et HSH non affichés.

3.4. Typologie des sites

Dans chacune des populations clés, il y a des **sous-groupes importants** qui peuvent être définis sur la base de leur emplacement ou de leur activité rentrant dans le cadre du commerce du sexe. Le rapport d'estimation de taille des HSH en Guinée (2013) a retenu deux nomenclatures des sites pour dresser une typologie, suivant la dénomination du site (buvette, dancing, restaurant, bar américain) et l'activité rentrant dans le cadre du commerce du sexe HSH (site de négociation, sites de retrouvailles et d'échanges). En ce qui concerne les PS, dans le rapport d'estimation de taille de 2013, les sites ont été classés selon leurs activités et l'environnement du commerce du sexe :

Typologie selon les activités du site :

- **Site de prestation** : est un site dont l'activité principale est d'offrir contre paiement une chambre à une PS et son client pour effectuer un acte sexuel.
- **Site de négociation** : est un site dont l'activité principale est la rencontre des PS et des clients pour négocier un contrat de commerce de sexe qui sera réalisé à un autre endroit. C'est généralement une place publique, un bar, une rue, un restaurant, un marché, un débarcadère (port artisanal ou aménagé) etc.
- **Site complet** : est un site au sein duquel il est possible à la fois que les PS et leurs clients puissent non seulement négocier mais aussi trouver un endroit sur place pour réaliser l'acte sexuel.

Typologie selon l'environnement du commerce du sexe :

- **Maison de passe** : est le site dont les chambres sont louées à l'acte sexuel aux PS pour exécuter la « passe ou le travail ».
- **Maison close** : est le site complet servant à la fois de résidence et de lieu de travail pour les PS. Les PS font les actes sexuels dans les chambres louées généralement mensuellement et tenant lieu de résidence.
- **Maison mixte** : est un site qui est à la fois maison de passe (pour les PS non résidentes) et maison close (pour les PS résidentes).
- **Lieu de rencontre** : est un endroit fréquenté par les PS et leurs clients servant à la prise de contact entre ces deux partenaires. Exemple : un bar, un coin de rue ou une boîte de nuit.

L'élaboration d'une typologie des sites et des populations clés PS et HSH est essentielle pour l'estimation de la taille de la population, la sensibilisation et le suivi du programme.

Toutefois, dans le but d'améliorer l'impact des interventions notamment l'accès aux services et la couverture des programmes de prévention en direction des populations clés PS et HSH, nous avons trouvé opportun dans le cadre de la présente étude, de nous appuyer sur les données de l'étude de la cartographie nationale des sites de fréquentation des populations clés PS et HSH réalisée en 2016 en Guinée pour adopter une **typologie basée sur la priorité de prévention du site**. Ainsi, suivant les critères de priorisation définis de façon participative et inclusive avec les populations clés concernées et les différents acteurs jouant un rôle majeur dans la prévention combinée en direction des populations clés PS et HSH, trois catégories de sites ont été définies sur la base du nombre et du type de populations clés rencontrés sur le site. Le tableau suivant fait la synthèse des critères de priorisation utilisés.

Tableau 1: Catégorisation des sites de fréquentation des PS et HSH selon leurs critères de priorisation

Catégorie de site	Critères de priorisation
Haute priorité (HP)	- Nombre de PS supérieur ou égal à 60 ou ; - Nombre de HSH supérieur ou égal à 10 ou ; - Nombre de PS supérieur à 30 et de HSH supérieur à 8.
Moyenne priorité (MP)	- Nombre de PS supérieur ou égal à 30 et inférieur à 60 ou ; - Nombre de HSH supérieur ou égale 6 et inférieur à 10.
Basse priorité (BP)	- Nombre de PS inférieur à 30 ou ; - Nombre de HSH inférieur à 6.

3.5. Revue des différentes méthodes d'estimation de la taille des populations clés

Les lignes directrices 2011 OMS/ONUSIDA relatives à l'estimation de la taille des populations clés distinguent deux catégories de méthodes :

- Les méthodes reposant sur des données recueillies auprès d'une population à risque ;
- Les méthodes reposant sur des données recueillies auprès de l'ensemble de la population.

Parmi les méthodes reposant sur des données recueillies auprès d'une population à risque on distingue : le recensement⁵/dénombrement⁶ ; la capture-recapture⁷ et la méthode du multiplicateur⁸.

⁵ Le recensement essaie de dénombrer chaque individu appartenant à une population risque. Cette démarche suppose l'élaboration d'une liste complète des lieux où cette population peut se rassembler.

⁶ Le dénombrement cartographique une région, dénombre une fraction de la population dans certaines zones et gonfle le chiffre obtenu pour créer une estimation.

⁷ Cette méthode permet de calculer la taille totale de la population à partir de deux captures indépendantes des membres de cette population. Le nombre de membres capturés dans les deux échantillons est utilisé pour en déduire une estimation du nombre total de sujets dans la population.

⁸ Cette méthode compare deux sources indépendantes de données démographiques pour estimer le nombre total de sujets dans la population. Elle est fortement dépendante de la qualité des données existantes.

Les méthodes reposant sur des données recueillies auprès de l'ensemble de la population comprennent : l'enquête en population⁹ et la mise à l'échelle du réseau/ (« Network scale-up »)¹⁰.

3.6. Revue des approches d'estimations de taille des HSH et des PS utilisées dans les études antérieures en Guinée (2011 et 2013)

Il est important de rappeler que l'approche méthodologique utilisée pour l'estimation de la taille des HSH lors des études menées en 2011 et 2013 était basée sur l'identification des sites (cartographie) et le recensement par la méthode capture et recapture (C/R). Le préservatif et le lubrifiant ont été utilisés comme marqueurs ou identifiants des cibles au premier passage (capture) et au deuxième passage (recapture) à un intervalle de 3 à 4 jours (2011 pour Conakry) et un intervalle d'une semaine (2013 pour les 9 préfectures de l'intérieure).

En ce qui concerne les PS, une triangulation de trois principales approches d'estimations ont été utilisées à savoir : le comptage physique des PS par l'enquêteur, l'information du gérant sur le nombre de PS en moyenne par jour et l'information de la PS enquêtée/leader sur le nombre de PS dans le site.

3.7. Approche d'estimation de taille des HSH et des PS retenue pour l'édition 2016.

Bien qu'il n'existe pas de méthode standard d'estimation de taille, toutes les méthodes énumérées ci-dessus ne se valent pas, certaines sont préférées à d'autres. Les méthodes très lentes ou rapides sont déconseillées. Les leçons tirées de ces différentes méthodes relèvent que : les méthodes reposant sur des données recueillies auprès de l'ensemble de la population sont peu recommandées ; la méthode basée sur l'objet unique multiplicateur¹¹ à cause de la facilité de mise en œuvre, de l'efficacité en termes de coût et de la flexibilité qu'elle offre est classée « niveau 3 ou bonne » ; la méthode du multiplicateur des services est aussi classée « niveau 3 ou bonne » mais elle dépend de l'accessibilité et de la qualité des données disponibles (données relatives à l'offre de service de prévention par des ONG de proximité, données des dispensaires IST etc.) ; la méthode de capture et recapture bien que classée « niveau 3 », exige un certain nombre de postulats difficilement respectables « population fermée et sans mouvement dans les deux sens » dont le non-respect engendre des biais considérables sur les résultats.

Il est notoire que le choix d'une méthode d'estimation dépend des données de qualité disponibles, et de celles dont on a besoin et qui peuvent être collectées par le biais d'une enquête transversale et ce, grâce à l'intégration de certaines questions essentielles dans les questionnaires qui seront adressés aux cibles directes et indirectes.

Dans le cadre de la présente étude, en faisant une analyse objective des données existantes à savoir la cartographie nationale des sites de fréquentation des populations clés PS et HSH incluant une estimation brute du nombre des membres desdites populations sur les sites identifiés (2016), et l'ESCOMB sur le VIH utilisant un échantillonnage dirigé par les répondants (RDS) auprès des HSH en Guinée (ESCOMB 2016), il paraît logique d'opter essentiellement pour trois méthodes afin de produire

⁹ Elle consiste à introduire des questions sur les comportements à haut risque dans l'enquête menée auprès de la population générale. Cependant dans un contexte de stigmatisation, discrimination et d'illégalité attachée au comportement/pratique à risque, même si ces questions sont introduites, les répondants seront moins francs avec l'enquêteur, surtout si l'entretien n'a pas lieu dans un endroit où la confidentialité des données peut être assurée.

¹⁰ Elle est basée sur l'idée que les réseaux sociaux des gens sont le reflet de la population générale. En se basant sur le nombre moyen de personnes que les répondants connaissent dans ces populations cachées et sur la taille moyenne d'un réseau individuel, on estime la proportion de gens appartenant à la population la plus exposée.

¹¹ Cela suppose la distribution d'un objet unique aux membres de la population. Comme pour la méthode de capture-recapture, le décompte de la première population correspond à ceux ayant reçu cet objet unique.

les estimations les plus rigoureuses de la taille de ces populations (comparaison des résultats et production des intervalles de confiance avec des valeurs inférieures et supérieures limites plausibles) :

- La méthode d'estimation de la taille basée sur la cartographie nationale des sites de fréquentation, pour les deux cibles directes (PS et HSH) ;
- La méthode du multiplicateur dans sa variante « objet unique¹² » pour la cible HSH ;
- L'étude de validation associée à la cartographie pour ajustement des estimations grossières de la taille des PS et HSH fournies par le recensement/ dénombrement lors de la mise en œuvre de la cartographie.

Le choix de ces méthodes se justifie également par les besoins de planification basée sur des évidences. En effet, les estimations de la taille d'une population clé émanant de la cartographie programmatique sont des estimations du nombre d'une population clé qui pourrait être atteinte dans des sites de concentration publics par les prestataires de services. Il ne s'agit pas de l'estimation du nombre total de la population clé dans une zone géographique. En outre, les estimations de taille basées sur la cartographie des sites donnent généralement des résultats plus fiables que celles basées sur d'autres méthodes.

Malgré ces avantages il existe quelques limites inhérentes à cette méthode :

- Si le processus d'identification des sites n'est pas exhaustif, il est possible que d'importants sites et segments de la population soient omis.
- Les estimations réalisées sur base des sites reflètent le nombre de personnes qui se rendent dans ces lieux, pas la population entière.

3.8. Procédure d'échantillonnage

De manière opérationnelle, trois phases successives ont été distinguées :

- L'étude de cartographie a fourni une première estimation brute des PS et HSH fréquentant les sites identifiés de manière exhaustive à Conakry et dans les sept régions administratives du pays et ce, à travers les déclarations des informateurs communautaires (IC) et des informateurs généraux des sites (gérants etc.) ;
- Peu de temps avant le démarrage de l'ESCOM 2016, il a été distribué lors de l'actualisation des lieux de socialisation par les acteurs de prévention de proximité et des leaders HSH un « objet unique : 200 porte-clés » aux HSH remplissant les critères d'éligibilité, dans la zone géographique de l'étude. L'estimation de la taille de la population HSH et les écarts type ont été donnés par la formule de la méthode du multiplicateur dans laquelle n est le nombre d'objets distribués et p la proportion ajustée des répondants RDS ayant déclaré avoir reçu l'objet unique ;

¹² Un tag « porte clé » a été distribué aux HSH remplissant les critères d'éligibilité lors de l'actualisation de la cartographie 4 semaines avant le début de l'ESCOMB 2016. L'échantillon de l'ESCOMB a servi de deuxième capture en ce sens qu'il a permis de déterminer le nombre de répondants qui ont reçu le « porte clé » dans la période de la distribution avant le début de l'ESCOMB.

- Pour la 3ème phase, il a été réalisé une collecte de données complémentaires auprès de PS et HSH (habitude/fréquence de visite de sites) identifiés sur un échantillon représentatif de 275 sites avec l'aide des mobilisateurs sociaux issus desdits groupes cibles (1380 sites ont été identifiés lors de la cartographie) et faisant partie de l'équipe de terrain. De manière synchrone sur les mêmes sites, une étude de validation a été faite et ce, en fonction des informations sur la fréquence de visite de sites, et le comportement sexuel des client (e) s et travailleu (ses) rs sur les sites.

3.9. Collecte des données

Deux phases sont à distinguer : la phase préparatoire et la collecte des données proprement dite sur les sites sélectionnés.

Phase préparatoire

Elle a consisté à :

- L'exploitation des listes en Excel relatives aux travaux cartographiques antérieurs afin de déterminer à partir des critères pré définis, les régions, préfectures et sites prioritaires (haute, moyenne et basse priorité) aussi bien à Conakry que dans les sept régions administratives du pays.
- L'exploitation de la base de données CSpro de l'ESCOMB HSH notamment pour la section 8 consacrée au nombre de répondants qui ont reçu le « porte clé » peu de temps avant l'enquête.
- La finalisation des outils de collecte de données à l'endroit des populations clés (PS, HSH), gérants, staff féminin et masculin, client (e) s et la conception du questionnaire structuré en version électronique (extension CAPI) sous smartphone.
- La détermination du nombre de personnes à interviewer par catégorie de site.
- La constitution des équipes de terrain (enquêteurs, mobilisateurs de populations clés PS et HSH et superviseurs).
- L'organisation d'un atelier unique de formation des membres de l'équipe de terrain y compris les superviseurs sur les outils et techniques de collecte de données.
- L'obtention d'un consensus autour des Incitations pour les participants à l'étude.
- L'obtention de l'approbation éthique.
- Au déploiement de la logistique (installation du questionnaire électronique et de l'application sur les smartphones).

Collecte des données sur les sites sélectionnés

Elle a consisté à l'administration du questionnaire structuré en version électronique installé sous les smartphones par les équipes de terrain à l'endroit des gérants/manager, PS et HSH, client (e) s, travailleu (ses) rs pendant une période de forte affluence sur les 275 sites sélectionnés. Ce questionnaire a inclus un formulaire de consentement éclairé et une note d'information.

S'agissant du type et du nombre de personnes à interviewer par catégorie de site, l'équipe de recherche a pris en compte les informations relatives à la fréquentation du site (nombre approximatif

de personnes présentes sur le site le jour et la période de forte affluence) et ce, à partir des données de la cartographie. Les détails sont contenus dans le tableau ci-après.

Tableau 2: Répartition du type et du nombre de personnes à interviewer par catégorie de site

Catégorie de site	Gérant ou Manager	PS	HSH	Clients	Clientes	Travailleu (ses) rs
Haute priorité	1	3-5	2-3	10	10	3-5
Moyenne priorité	1	2-3	2-3	5	5	2-3
Basse priorité	1	1-2	1-2	2-3	2-3	1-2

Au total, le questionnaire a été administré à 274 gérants, 565 PS, 93 HSH, 891 clientes, 1212 clients, 125 travailleuses et 417 travailleurs sur les 275 sites.

3.10. Organisation des interviews

Une semaine avant la réalisation des interviews sur les sites sélectionnés, le superviseur de l'équipe de terrain a préalablement pris contact avec le gérant du site afin de créer un climat de collaboration (bonne immersion et appropriation) au niveau du site. Le nombre de personnes à interroger sur chaque site était proportionnel au nombre de personnes présentes sur le site pendant une période de forte affluence. S'agissant de l'étude de validation, un échantillon aléatoire de client (e) s a été interrogé sur les sites sélectionnés. L'équipe de terrain avait le choix entre trois stratégies selon le type de site :

- Estimer combien de personnes entrèrent sur le site au cours d'un laps de temps donné et suivre un schéma cyclique (toutes les 2 ou 3 personnes par exemple) pour identifier les répondants.
- Dessiner un grand X sur le site et interroger les personnes se trouvant le long de chaque trait diagonal.
- Numéroté les chaises ou tables dans la salle et sélectionner des numéros associés aux chaises ou tables au hasard. Interroger les gens assis sur les chaises ou tables sélectionnées.

Les entretiens avec les travailleu (ses) rs ont eu lieu à un moment où ils n'étaient pas occupés (habituellement en début de journée ou d'après-midi), et ceux avec les clients et clientes se sont déroulés aux moments d'affluence sur le site. Pour garantir la confidentialité et la sécurité des répondants et des données, un espace d'interview a été obtenu sur chaque site objet d'enquête.

Pour rappel, chaque équipe de terrain était constitué de trois personnes notamment un enquêteur, un mobilisateur social membre de population clé, et un superviseur. Afin d'obtenir des données de qualité, il a été strictement recommandé à chaque équipe de ne pas enquêter plus de deux sites par jour d'activité. La collecte de donnée a couvert le mois de mai 2017.

3.11. Considérations d'ordre éthique

Au regard de la sensibilité des cibles, du contexte socio juridique peu favorable, et des mises en garde de l'ONUSIDA au sujet d'une utilisation des données de la cartographie et d'estimation de la taille pour nuire aux cibles (compte rendu médiatique inopportun, arrestations arbitraires, pénalisation etc.), l'équipe de recherche de PSI a obtenu l'approbation du comité national éthique de recherche en santé du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP).

Par ailleurs en plus d'offrir un pot aux client (e) s et de rembourser des frais équivalents à une « passe » (15 000 GNF soit 2 dollars US) pour les PS (incitations primaires), tous les participants à cette étude ont reçu gratuitement des préservatifs et des gels lubrifiants (incitations secondaires). Il est important de souligner que tous ces différents coûts ont été convertis en un forfait minimal qui ne saurait en aucun cas contraindre la participation à l'enquête, ni motiver les participants à d'éventuels biais de double participation, où à induire certains d'entre eux à de fausses déclarations pour contourner les critères de non inclusion.

3.12. Difficultés rencontrées et leçons tirées

Parmi les **difficultés rencontrées** on peut retenir essentiellement :

1. L'extrême difficulté d'enrouler les clientes du fait que la plupart viennent souvent en couple et acceptent difficilement une interview dans ces conditions.
2. L'extrême difficulté également d'enrouler les clients et clientes dans les motels du fait que les gens viennent juste pour satisfaire leurs besoins et repartent rapidement.
3. La difficulté d'avoir les quotas de PS et HSH fixés particulièrement pour les sites de faible priorité du fait du faible nombre de membres des deux populations clés présents sur le site.

Leçons tirées :

1. Interroger aussi les membres de populations clés PS et HSH fréquentant les sites à propos de leur habitude de fréquentation et de l'estimation de leur nombre pendant une période standard permet d'ajuster les estimations brutes obtenues des gérants des sites surtout dans un contexte de stigmatisation.
2. Interroger aussi les client (e) s et travailleu (ses) rs à propos de leur comportement y compris leur comportement sexuel et leur habitude de fréquentation des sites permet d'ajuster une sous-estimation due à la supposition que certains sites n'incluent pas les travailleuses et clientes PS ainsi que les travailleurs et clients HSH alors que ces personnes sont bien présentes sur lesdits sites.

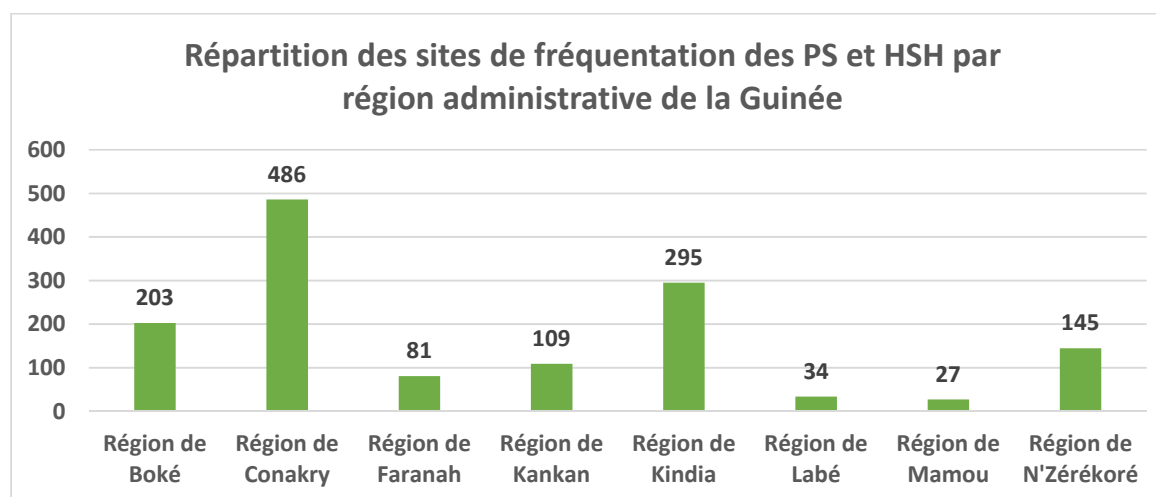
4. Traitement et analyse des données

Le questionnaire étant électronique, les données ont été directement saisies lors des entretiens sur site par les enquêteurs préalablement formés. Dans leur attribut, les superviseurs ont été commis de vérifier les questionnaires saisis sous « Smart phone » quotidiennement et de les valider. En outre, les fichiers des questionnaires récupérés à partir de l'application installée sur les smartphones ont été contrôlés une fois de plus par l'équipe de recherche de PSI. L'apurement des données a été fait avec les logiciels Excel et EpiData. Les données apurées ont été ensuite transférées dans le logiciel de traitement des données statistiques SPSS.

5. Présentation des résultats clés

5.1. Estimation préliminaire de la taille des PS et HSH à partir de la cartographie

En référence au rapport de l'étude de la cartographie nationale des sites de fréquentation des populations clés PS et HSH réalisée en 2016 en Guinée, 1380 sites de fréquentation et de socialisation des PS et HSH ont été identifiés à Conakry et dans les 33 préfectures du pays. Selon la concentration des sites on note dans l'ensemble que Conakry abrite 1 site sur 3 (486 soit 35%) suivi de la région de Kindia (295 soit 21%), Boké (203 soit 15%), N'zérékoré (145 soit 11%), Kankan (109 soit 8%), Faranah (81 soit 6%), Labé (34 soit 2%) et Mamou (27 soit 2%). Le graphique suivant nous donne un aperçu global de la répartition des sites par région administrative.



Graphique 1: Répartition des sites de fréquentation et de socialisation des PS et HSH par région administrative de la Guinée.

S'agissant du nombre moyen de PS et HSH fréquentant ou se socialisant sur les 1380 sites par région, on constate dans l'ensemble que près de 4 PS sur 5 (78,7%) résident à Conakry, Boké et Kindia. Le constat est le même pour les HSH (4 HSH 5 soit 80%). Le tableau suivant en fait la synthèse.

Tableau 3: Répartition de la taille des populations clés PS et HSH par région administrative de la Guinée

Région	PS		HSH	
	Effectif estimé	%	Effectif estimé	%
Boké	4633	24,6	134	17,9
Conakry	7869	41,7	383	51,4
Faranah	547	2,9	36	4,8
Kankan	1872	9,9	71	9,5
Kindia	2339	12,4	85	11,4
Labé	459	2,4	8	1,1
Mamou	204	1,2	15	2,2
N'zérékoré	922	4,9	13	1,7
Total	18 845	100,00	745	100,00

Dans le but d'obtenir un impact significatif des interventions en direction des populations clés PS et HSH et ce, à travers la mise en œuvre de l'approche localisation et population recommandée par l'ONUSIDA et le Fonds mondial, les 1380 sites identifiés lors de la cartographie ont été répartis en fonction de leur priorité de prévention (nombre de sites, nombre et types de populations clés fréquentant le site). Le tableau suivant en donne une vue synoptique.

Tableau 4 : Répartition des sites de fréquentation et de socialisation des populations clés PS et HSH par catégorie et par préfecture de la Guinée

Préfecture	Sites HP	Sites MP	Sites BP	Total
Boffa	1	12	33	46
Boké	14	20	78	112
Fria	0	1	27	28
Gaoual	1	1	4	6
Koundara	2	3	6	11
Conakry	27	53	406	486
Dabola	0	1	21	22
Dinguiraye	0	0	7	7
Faranah	2	0	12	14
Kissidougou	0	0	38	38
Kankan	5	7	29	41
Kérouane	0	0	12	12
Kouroussa	0	0	3	3
Mandiana	0	0	2	2
Siguiri	1	3	47	51
Coyah	1	1	69	71
Dubrêka	0	5	70	75
Forécariah	0	0	37	37
Kindia	1	3	93	97
Télimélé	0	0	15	15
Koubia	0	1	2	3
Labé	2	1	22	25
Mali	0	0	1	1
Tougué	0	0	5	5
Lélouma	0	0	0	0
Dalaba	0	0	4	4
Mamou	1	0	12	13
Pita	0	0	10	10
Beyla	0	0	4	4
Guéckédou	0	0	15	15
Lola	0	2	24	26
Macenta	0	0	9	9
Nzérékoré	0	4	68	72
Yomou	0	0	19	19
Total	58	118	1204	1380

HP : haute priorité. MP : moyenne priorité. BP : basse priorité

D'une manière générale on constate que plus de 2 sites de haute priorité sur 5 (46%) se trouvent à Conakry, suivi de Boké qui concentre près d'un site sur 3 (31%) ; plus de 4 sites sur 5 (87%) sont de basse priorité.

S'agissant de la taille estimée de la population clé PS au niveau national (18 845), il est important de souligner qu'elle varie selon la catégorie des sites : **4910** pour les sites de haute priorité ; **4603** pour les sites de moyenne priorité et **9332** pour les sites de basse priorité. Le constat est le même pour la taille des HSH (745 au niveau national) : **435** pour les sites de haute priorité ; **61** pour les sites de moyenne priorité et **249** pour les sites de basse priorité. Ces constats soulignent la nécessité de la prise en compte de la catégorie du site dans la planification des interventions de prévention à haut impact afin d'améliorer la couverture de ces populations sur les principaux sites de concentration. Le tableau suivant résume au mieux la répartition des sites de fréquentation et de socialisation des populations clés PS et HSH par catégorie et par région administrative.

Tableau 5 : Répartition des sites de fréquentation et de socialisation des populations clés PS et HSH par catégorie et par région administrative.

Région	Sites HP	Sites MP	Sites BP	Total
Conakry	27	53	406	486
Boké	18	37	148	203
Kindia	2	9	284	295
Labé	2	2	30	34
Mamou	1	0	26	27
Kankan	6	10	93	109
Faranah	2	1	78	81
N'zérékoré	0	6	139	145
Total	58	118	1204	1380

5.2. Estimation de la taille des HSH à partir de la méthode du multiplicateur « objet unique »

Lors de l'actualisation de la cartographie nationale des lieux de socialisation ou de fréquentation des populations clés PS et HSH ayant précédé l'ESCOMB utilisant un échantillonnage dirigé par les répondants/RDS auprès des HSH, les leaders HSH et pairs éducateurs issus de l'association identitaire « Arc-En-Ciel » ont distribué 200 porte-clefs aux pairs HSH sur les points chauds ou lieux de socialisation identifiés.

L'estimation de la taille de la population HSH et les écarts type sont donnés par la formule ci-dessous dans laquelle n est le nombre de porte-clefs distribués et p la proportion ajustée des répondants RDS ayant déclaré avoir reçu les porte-clefs distribués.

$$N = n/p$$

Les questions suivantes ont permis de déterminer si les participants de l'étude ont reçu les porte-clef distribués.

1. Avez-vous reçu un "porte clef" sur le terrain en [dates de la distribution]?
2. Pouvez-vous me le montrer ?
3. Pouvez-vous me le décrire ? (Si le "porte clef" est décrit correctement, lui montrer)
4. Est-ce que c'est le "porte clef" que vous avez reçu ?
5. Combien de "portes clefs" avez-vous reçu ?
6. Quand avez-vous reçu ce "porte clef" ?
7. Où avez-vous reçu ce "porte clef" ?
8. Qui vous avait donné ce "porte clef" ?

L'enquête RDS étant une enquête transversale représentative, elle constitue une excellente opportunité pour estimer le dénominateur (paramètre p de la formule décrite ci-dessus).

Dans le cadre de l'ESCOMB HSH, le nombre de participants ayant reçu le "porte clef" était de 60. D'où $p = 60/415$ (415 étant la taille de l'échantillon final RDS). La taille (N) de la population HSH en Guinée à partir de cette méthode est estimée à **1423** soit $N=200/14\%$.

5.3. Estimation de la taille des PS et HSH basée sur la cartographie et l'étude de validation

Cette estimation s'est faite en trois phases successives :

- ✚ Sélection des préfectures et sites de l'étude de validation.
- ✚ Collecte des données complémentaires auprès des gérants et membres de populations clés PS et HSH sur les sites sélectionnés.
- ✚ Étude de validation proprement dite : interviews auprès d'un échantillon représentatif des clients et travailleurs sur les sites sélectionnés.

5.3.1. Sélection des préfectures et sites de l'étude de validation

En prenant en compte la concentration des sites et des populations clés PS et HSH par préfecture, l'étude de validation a ciblé 275 sites répartis dans 8 préfectures de l'intérieur et à Conakry. La sélection des sites a pris en compte non seulement les grands constats des études de cartographie et d'estimation de taille réalisées en 2011 et 2013 soulignant une concentration importante des PS et HSH dans les grandes villes, les zones minières et frontalières, mais aussi la probabilité d'échantillonnage ou de sélection recommandée pour les localités/préfectures et sites prioritaires ciblés par l'étude de validation : 100% des sites de haute priorité ; 50% des sites de moyennes priorités et 20% des sites de basse priorité. Toutefois il est important de souligner que la mise en œuvre de l'étude de validation a permis d'actualiser la base de données de la cartographie (à titre d'exemple dans les localités concernées par l'étude de validation, le nombre de sites de haute priorité est passé de 51 à 54). La synthèse est contenue dans le tableau ci-dessous¹³.

Tableau 6 : Répartition des sites de l'étude de validation par préfecture et par catégorie

Préfecture	Sites HP	Sites MP	Sites BP	Total Préfecture
Kissidougou	0	0	8	8
Mamou	1	0	3	4
Labé	1	1	5	7
Kindia	2	3	17	22
Conakry	26	34	80	140
Nzérékoré	1	3	12	16
Siguiri	3	3	7	13
Kankan	5	4	8	17
Boké	15	9	24	48
	54	57	164	275

¹³ Dans le cadre de cette étude nous avons été plus ambitieux dans la sélection des 275 sites : 100% des sites de haute priorité ; près de 63% de sites de moyenne priorité (62,6%), et 20,6% des sites de basse priorité.

5.3.2. Collecte des données complémentaires auprès des gérants et membres de populations clés PS et HSH dans les préfectures et sites sélectionnés.

Le tableau ci-après fait la synthèse de la répartition des enquêtés selon leur position sur les sites sélectionnés.

Tableau 7: Répartition des enquêtés selon leur position sur les sites d'enquête

Catégorie de site	Effectif des gérants	Effectif des PS	Effectif des HSH
Haute priorité (N= 324)	54	212	58
Moyenne priorité (N= 237)	58	161	18
Basse priorité (N= 371)	162	192	17

En ce qui concerne la fréquentation des sites, il est notoire que plusieurs types de populations à haut risque se socialisent le plus souvent sur les sites sélectionnés. En effet, parmi les 274 gérants qui ont été interviewés sur les sites, 3 sur 5 (62%) ont déclaré que leur site était fréquenté par les femmes ayant les rapports sexuels en échange d'argent (PS) ; un peu moins d'un sur cinq (19%) ont déclaré que leur site était fréquenté par les HSH ; 23,3% ont déclaré une fréquentation de leur site par des hommes PS ; 7,3% et 2,5% respectivement une fréquentation de leur site par les hommes et les femmes qui s'injectent des drogues.

Quant aux activités rentrant dans le cadre du sexe transactionnel, près de 2 gérants sur 5 (39%) ont rapporté l'existence de rapports sexuels sur place (site de prestation), 1 gérant sur 4 (25%) l'existence de personnes ressources sur leur site qui aident les clients à trouver des partenaires sexuels et 14% l'existence sur leur site d'une liste des femmes disponibles pour avoir les rapports sexuels avec les clients hommes (effectif moyen de 18 femmes par liste).

S'agissant de l'accès aux activités de prévention du VIH sur les sites au cours des 6 derniers mois, on note dans l'ensemble que des efforts importants restent à faire. En effet selon les déclarations des gérants interviewés sur les sites de haute priorité : aucun site n'a connu la visite des cliniques mobiles ; seulement 1 site sur 10 (11%) a connu une distribution gratuite de gels lubrifiants ; 1 site sur 14 (7%) le dépistage du VIH en stratégie avancée/mobile ; 1 site sur 7 (14%) la visite des pairs éducateurs PS ; 1 site sur 20 (5%) la visite des pairs éducateurs HSH ; et les préservatifs étaient disponibles seulement sur 20% de sites (préservatifs montrés).

Pour ce qui est de l'estimation de la taille des populations clés PS et HSH qui se socialisent sur les sites, celle-ci varie selon le type de répondant et la catégorie du site. Une estimation subjective faite par les gérants du nombre approximatif de PS âgées de 18 ans et plus et des HSH fréquentant les différentes catégories de sites pendant une période standard en occurrence le samedi soir entre 21h et minuit est contenue dans le tableau suivant.

Tableau 8: Estimation par les gérants du nombre approximatif de PS et HSH fréquentant les différentes catégories de sites pendant une période standard (samedi soir entre 21h et minuit)

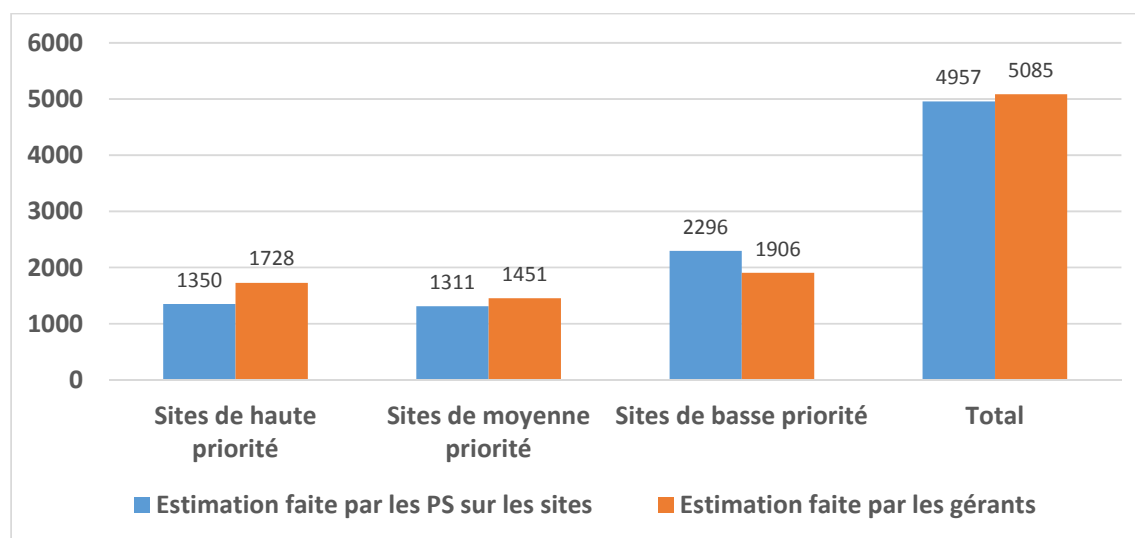
Type de population clé	Sites de haute priorité	Sites de moyenne priorité	Sites de basse priorité	Total
femmes PS de 18 ans et plus	1728	1451	1906	5085
HSH	281	69	135	485

La synthèse de l'estimation subjective faite par les répondants PS et HSH sur les sites pendant les moments de forte affluence en occurrence le samedi soir entre 21h et minuit est contenue dans le tableau ci-après.

Tableau 9: Estimation par les répondants PS et HSH du nombre approximatif de PS et HSH fréquentant les différentes catégories de sites pendant une période standard (samedi soir entre 21h et minuit)

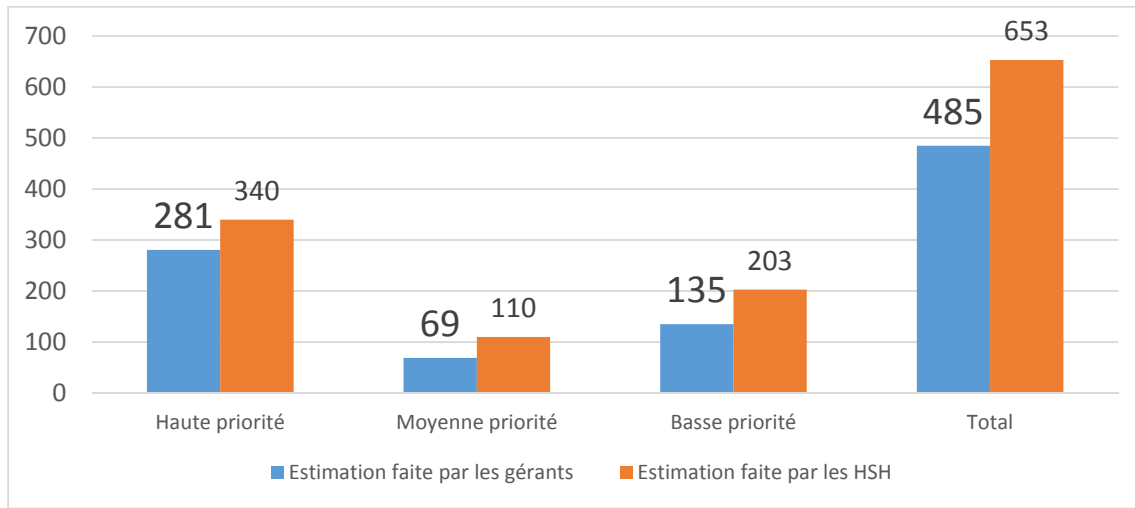
Catégorie de sites Samedi : 21h-00h	Effectif total de PS	Effectif total de HSH
Haute priorité	1350	190
Moyenne priorité	1311	154
Basse priorité	2296	540

En comparant l'estimation de la taille des PS et HSH selon le type de répondant, on constate que lorsque les gérants ont une bonne connaissance des activités et des clients au niveau du site, les écarts peu importants sont observés entre les estimations. C'est le cas des PS dont la comparaison entre les estimations faites par les gérants et celles faites par les PS interviewées pendant une période de forte fréquentation sur les mêmes sites lors de l'étude de validation sont présentés dans le graphique ci-dessous.



Graphique 2: Comparaison entre les estimations de la taille des PS faites par les gérants et celles faites par les PS interviewées pendant une période de forte fréquentation (entre 21h et minuit le samedi soir) sur les mêmes sites lors de l'étude de validation.

Contrairement aux PS qui bénéficient d'une relative tolérance au niveau social et sont par conséquent plus facilement identifiables, les HSH du fait de la stigmatisation et de l'environnement socioculturel, juridique et médiatique peu favorable, bien que fréquentant les sites s'affichent peu, d'où la difficulté de les identifier. La figure ci-après illustre au mieux cette situation et conforte l'hypothèse selon laquelle seuls les HSH ont une meilleure connaissance de leurs pairs et des membres de leurs réseaux sur les sites.



Graphique 3: Comparaison entre les estimations de la taille des HSH faites par les gérants et celles faites par les HSH interviewés pendant une période de forte fréquentation (entre 21h et minuit le samedi soir) sur les mêmes sites lors de l'étude de validation.

S'agissant des habitudes de fréquentation et de visite des sites, on constate dans l'ensemble que quel que soit la catégorie de site, en moyenne 1 membre des populations clés PS et HSH sur 3 visite généralement plus d'un site entre 21h et minuit le samedi soir. En outre, les données relatives au nombre moyen de sites visités montrent un effectif variant entre 3 à 5 sites pour les PS et de 1 à 4 sites pour les HSH ; ce qui confirme l'extrême mobilité de ces populations le plus souvent sujettes à des biais de surestimation du fait du double comptage. Le tableau suivant en donne les détails.

Tableau 10: Habitudes de fréquentation et de visite des sites par les répondants PS et HSH pendant une période standard (samedi soir entre 21h et minuit) et par catégorie de sites

Proportion de PS et HSH visitant plus d'un site entre 21h et minuit le samedi soir		
Catégorie de site	PS	HSH
Haute priorité	37.5%	38.5%
Moyenne priorité	40.9%	32.2%
Basse priorité	42.3%	43.7%
Nombre moyen de sites visités par les PS et HSH entre 21h et minuit le samedi soir		
Catégorie de site	PS	HSH
Haute priorité	5.9	4.4
Moyenne priorité	4.6	1.8
Basse priorité	3.8	3.5

En se basant sur les informations relatives aux habitudes de fréquentation et de visite des sites contenues dans le tableau ci-dessus, les estimations initiales de taille des populations clés PS et HSH par catégorie de sites et par région administrative ont été rectifiées. La formule de la rectification utilisée s'inspire d'une formule fournie par l'Université de Manitoba.

$$E_i = s_i \times (1 - p_i) + (s_i \times p_i / m_i)$$

- E_i = le nombre estimé rectifié correspondant à la population clé de la région ;
- s_i = estimation initiale du nombre de populations clés de la région présentes au site à une heure de pointe par exemple de 21h à minuit le samedi (total de toutes les préfectures de la région en prenant en compte la probabilité d'échantillonnage);
- p_i = proportion de la population clé par catégorie de sites qui fréquente deux sites ou plus en une nuit pendant l'heure de pointe, à partir de l'étude de validation;
- m_i = moyenne du nombre de lieux visités pendant l'heure standard, à partir de l'étude de validation.

A titre d'exemple, si l'estimation initiale des PS est de 6 750, mais que 10 % de ces PS visitent d'autres sites et que la moyenne du nombre de sites visités par ces 10 % est de 2, alors l'estimation corrigée E_i est la suivante :

$$E_i = 6\,750 (1 - 0,1) + (6\,750 \times 0,1/2) = 6\,075 + 6\,750 \times 0,05 = 6\,075 + 338 = \mathbf{6\,413}$$

De manière opérationnelle, partant du nombre de sites par région administrative et par catégorie¹⁴ ainsi que du nombre moyen de PS et HSH sur chaque catégorie de site pendant les moments de forte affluence en occurrence le samedi soir entre 21h et minuit, nous avons dans un premier temps déterminé l'effectif total de chaque population clé par région et dans un deuxième temps nous avons procédé à la rectification de l'effectif initial par région à la lumière des paramètres s_i , p_i et m_i contenus dans le tableau ci-dessus. La synthèse de l'estimation initiale de la taille de chaque population PS et HSH, et du nombre estimé rectifié correspondant à la taille effective de la population clé dans chaque région administrative est contenue dans les tableaux suivants.

Tableau 11: Estimation de la taille de la population clé PS par région administrative de la Guinée.

Région	Nombre de sites de HP	Effectif total de PS sur les sites de HP	Nombre de sites de MP	Effectif total de PS sur les sites de MP	Nombre de sites de BP	Effectif total de PS sur les sites de BP	Effectif total de PS par région	Effectif rectifié (E_i) par région
Conakry	25	625	52	1196	394	5516	7337	5052
Boké	18	450	37	851	148	2072	3373	2320
Kindia	2	50	9	207	283	3962	4219	2910
Labé	2	50	2	46	28	392	488	336
Mamou	1	25	0	0	27	378	403	279
Kankan	6	150	10	230	92	1288	1668	1150
Faranah	2	50	1	23	77	1078	1151	795
N'zérékoré	0	0	6	138	136	1904	2042	1406
Total	56		117		1185		20681	14 248

On note une diminution de 6433 (31%) entre l'estimation initiale (20 681) et l'estimation rectifiée (14 248) de la taille de la population PS ; pour la population HSH, cette diminution est de 246 (24%). Ce constat justifie l'impérieuse nécessité de prendre en compte les informations relatives aux

¹⁴ Après actualisation de la cartographie, nous avons répertorié au total 1358 sites PS (56 de haute priorité, 117 de moyenne priorité et 1185 de basse priorité) et 103 sites HSH dont 93 fréquentés à la fois par les clés PS et HSH. Les 103 sites HSH comportent 20 de haute priorité, 13 de moyenne priorité et 70 de basse priorité.

habitudes de fréquentation et de visite des sites dans les estimations de la taille des populations clés PS et HSH.

Tableau 12: Estimation de la taille de la population clé HSH par région administrative de la Guinée.

Région	Nombre de sites de HP	Effectif total de HSH sur les sites de HP	Nombre de sites de MP	Effectif total de HSH sur les sites de MP	Nombre de sites de BP	Effectif total de HSH sur les sites de BP	Effectif Total de HSH par région	Effectif rectifié (Ei) par région
Conakry	12	120	9	126	35	315	561	410
Boké	3	30	1	14	2	18	62	56
Kindia	0	0	1	14	7	63	77	57
Labé	0	0	0	0	3	27	27	20
Mamou	1	10	0	0	0	0	10	7
Kankan	3	30	2	28	5	45	103	96
Faranah	1	10	0	0	11	99	109	76
N'zérékoré	0	0	0	0	7	63	63	44
Total	20		13		70		1012	766

5.3.3. Collecte des données complémentaires auprès des client (e) s et travailleu (se) rs sur les sites d'enquête.

La collecte des données relatives aux comportements y compris le comportement sexuel des client (e) s et travailleu (se) rs sur les sites permet d'identifier parmi ces populations, celles qui pratiquent le sexe transactionnel et les relations homosexuelles dans la clandestinité. Une planification des interventions de prévention en direction des PS et HSH qui omettrait les personnes issues de ces groupes et qui pour différentes raisons opèrent dans la clandestinité sera parcellaire et contraire à la réalité des sites. Pour cela, dans le cadre de la présente étude, 891 clientes, 1212 clients, 125 membres du staff féminin et 417 du staff masculin ont été interviewés au sujet sur leur mode de vie, leur habitude de fréquentation des lieux de socialisation, leur vie sexuelle, leur comportement sexuel, et leur exposition aux IST. Le tableau ci-dessous présente la répartition des client (e) s et travailleu (se) rs interviewés par catégorie de site.

Tableau 13: Répartition des client (e) s et travailleu (se) rs par catégorie de site d'enquête

Catégorie de site	Effectif des clientes	Effectif des clients	Effectif du Staff féminin	Effectif du staff masculin
Haute priorité (N= 1043)	390	485	41	127
Moyenne priorité (N=632)	223	282	26	101
Basse priorité (N= 970)	278	445	58	189
Total	891	1212	125	417

S'agissant du mode de vie de client (e)s et travailleu (se)s rs aux sites, plus de 2 répondants sur 5 (49,6%) ont déclaré que leur dernière visite du site d'interview datait de moins de 7 jours. Interviewer sur la fréquence habituelle de visite du site d'interview, 2 répondants sur 5 (41%) ont déclaré visiter le

site chaque jour, et 1 sur 3 (35%) au moins une fois par semaine. Quant à la nature du site, plus de 3 répondants sur 5 (64%) ont rapporté que le site visité était un lieu de rencontre de nouveaux partenaires sexuels. Pour ce qui est de l'habitude de fréquentation des sites, d'une manière générale en plus du site d'interview la quasi-totalité des répondants ont prévu visiter un (1) site additionnel au cours de la même journée. En ce qui concerne la vie sexuelle des répondants, 1 client ou cliente sur 4 (27%) a déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles avec une personne rencontrée la première fois sur le site d'interview (dont 8% les 7 derniers jours) ; cette proportion est quasiment la même pour le staff des sites (29%), mais avec une proportion de rapports sexuels occasionnels plus élevée (13% les 7 derniers jours). Par ailleurs, 72% de client (e) s ont déclaré n'avoir jamais rencontré de nouveaux partenaires sur le site contre 66% pour les membres du staff.

Le multi partenariat est habituel chez les client (e)s interviewés au cours de l'étude de validation. En effet au cours des 4 dernières semaines ayant précédé l'enquête, le nombre de partenaires sexuels chez ces derniers varie entre zéro et dix avec un effectif moyen de 2. En outre, ces rapports se sont tenus avec de nouveaux partenaires sexuels dans 46% de cas pour les client (e)s contre 36% pour les membres du staff.

Les relations homosexuelles ne sont pas rares parmi les clients et le staff masculin interviewés. A titre d'exemple, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, le nombre de partenaires masculins avec qui les clients ont eu des relations sexuelles varie de 1 à 14 avec une moyenne de 2,2. Chez le staff masculin, cet effectif varie de 1 à 6 avec une moyenne de 3.

S'agissant de l'incidence des IST, 4% de clients (51/1193) et 7% du staff masculin (28/404) ont présenté des signes ou symptômes d'IST spécifiques aux HSH au cours des 4 dernières semaines. Les pertes inhabituelles étaient aussi fréquentes parmi les clientes (36% soit 319/876) et le staff féminin (33% soit 41/124). Pour ce qui concerne le recours aux soins, on note dans l'ensemble chez tous les répondants (clients, clientes, staff masculin et féminin) une primauté pour l'obtention des médicaments dans une pharmacie.

L'étude de validation nous a permis de déterminer un nombre d'indicateurs clés importants pour l'ajustement final de la taille des PS et HSH rejoignables ou pouvant être atteints sur les principaux lieux de concentration en Guinée.

Tableau 14: Indicateurs clés de l'étude de validation auprès des client (e) s et travailleu (se) rs sur les principaux sites de fréquentation des populations clés PS et HSH en Guinée

Indicateur	Valeur (N)	Pourcentage (%)
% d'hommes parmi les clients ayant rapporté un nombre de partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois	1212	3,8
% d'hommes parmi le staff masculin ayant rapporté un nombre de partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois	417	1,2
% de personnes parmi les clients de sexe masculin qui sont des clients de PS	1212	53,7
% de personnes parmi le staff masculin qui sont des clients des PS	417	41,4
% de personnes parmi les clientes qui sont des PS	891	50,0
% de personnes parmi le staff féminin qui sont des PS	125	26,8

6. Triangulation et conclusions

Tableau 15: Estimation nationale de la taille des populations clés PS et HSH selon les approches méthodologiques utilisées

Méthode	Estimation nationale de la taille des populations clés PS et HSH	
	PS	HSH
Cartographie des sites de fréquentation	18 845	745
Objet unique multiplicateur lors de l'ESCOMB HSH		1423
Etude de validation (enquête complémentaire auprès des PS et HSH sur les sites)	20 681	1012
Formule de rectification de l'Université de Manitoba	14 248 ¹⁵	766 ¹⁶
Etude de validation auprès des client (e)s et membre du staff sur les sites	480	52
Triangulation	14 728	818

7. Comparaison avec les données de l'étude d'estimation de la taille des PS et HSH (2011 et 2013)

Au regard de la différence entre les approches méthodologiques utilisées, il sera erroné de se prêter à des comparaisons objectives. Le tableau ci-dessous nous permet de faire des constats et quelques commentaires inhérents aux différents résultats.

Tableau 16: Comparaison des données de l'étude d'estimation nationale de la taille des populations clés PS et HSH réalisée en 2013 avec celles de l'édition 2017

	PS	HSH
Etude 2011 et 2013	7975	1415
Projection pour 2017 à partir de l'étude de 2013	8906	1580
Etude de 2017	14 728	818
Etude 2017 (ESCOMB HSH)		1423

S'agissant spécifiquement des HSH, en considérant 2017 comme année de référence, on constate dans l'ensemble que la taille globale de cette population en Guinée varie peu entre les projections faites à partir de l'étude de 2013 (1580) et les données obtenue à partir de la méthode « objet unique multiplicateur » en 2017 (1423).

Quant aux PS, on a l'impression qu'il y a eu une sous-estimation en 2013.

Pour avoir une bonne compréhension des données contenues dans le tableau ci-dessus, il est important de rappeler que l'approche méthodologique utilisée pour l'estimation de la taille des HSH lors des études menées en 2011 et 2013 était basée sur l'identification des sites (cartographie) et le

¹⁵ HP = 970 ; MP=1 831 ; BP = 11 447 cette taille varie de 279 à Mamou pour la plus faible à 5052 à Conakry

¹⁶ HP = 160 ; MP = 158 ; BP = 448 cette taille varie de 7 à Mamou pour la plus faible à 410 à Conakry

recensement par la méthode capture et recapture (C/R). Le préservatif et le lubrifiant ont été utilisés comme marqueurs ou identifiants des cibles au premier passage (capture) et au deuxième passage (recapture) à un intervalle de 3 à 4 jours (2011 pour Conakry) et un intervalle d'une semaine (2013 pour les 9 préfectures de l'intérieure). L'étude de 2011 s'est déroulée à Conakry et celle de 2013 a couvert neuf (9) préfectures de l'intérieur sur 33. Pour estimer la taille des HSH pour le reste des préfectures de l'intérieur du pays qui n'ont pas fait objet d'enquête, la proportion des HSH déterminée à Conakry et dans les 9 préfectures objets d'enquête a été appliquée à chacune de leur population.

En ce qui concerne les PS, une triangulation de trois principales approches d'estimations ont été utilisées à savoir : le comptage physique des PS par l'enquêteur, l'information du gérant sur le nombre de PS en moyenne par jour et l'information de la PS enquêtée/leader sur le nombre de PS dans le site.

L'étude de 2011 s'est déroulée à Conakry et celle de 2013 a couvert onze (11) préfectures de l'intérieur sur 33. Pour estimer la taille pour le reste des préfectures de l'intérieur du pays qui n'ont pas fait objet d'enquête, la proportion des PS déterminée dans les 11 préfectures qui ont fait l'objet d'enquête a été appliquée à chacune de leur population.

L'étude de 2017 a couvert la ville de Conakry et les 33 préfectures de l'intérieur du pays ; la cartographie des sites de fréquentation et de socialisation des PS et HSH a été exhaustive et couplée par la suite à une étude de validation incluant des interviews auprès d'un échantillon représentatif de client (e)s, travailleu (ses) rs, PS et HSH au sujet de leurs habitudes de fréquentation et de visite des sites, et de leurs comportements (y compris le comportement sexuel) pendant une période de forte fréquentation sur les sites sélectionnés (samedi soir entre 21h et minuit). En outre l'étude de 2017 a utilisé une formule de correction pour limiter les biais de double comptage.

8. Limites de l'étude

Malgré les avantages de l'approche d'estimation utilisée (cartographie associée à l'étude de validation) pour l'édition 2017, quelques limites sont à préciser :

- Les estimations réalisées sur base des sites reflètent le nombre de personnes qui se rendent dans ces lieux, pas la population entière.
- Si le processus d'identification des sites n'est pas exhaustif, il est possible que d'importants sites et segments de la population soient omis.

9. Projection des données de l'étude d'estimation de la taille des PS et HSH à l'horizon 2020

Dans le but d'atteindre les objectifs 90 90 90 d'ici à 2020 en Guinée, il sera nécessaire de faire des projections de la taille des populations clés PS et HSH pouvant être atteint sur les sites de fréquentation et de socialisation pour les trois prochaines années.

Pour faire ces projections, nous formulons l'hypothèse selon laquelle la croissance au sein de la population clé PS et HSH est comparable à celle observée dans la population générale. Le taux de croissance annuel de la population guinéenne est de 0,028. L'application de ce taux de croissance permettra de déterminer la taille projetée des PS et HSH en Guinée pour les trois prochaines années.

Tableau 17: Projection de la taille des populations clés PS et HSH pour la période 2017-2020

Type de population	2017	2018	2019	2020
HSH	818	841	865	889
PS	14728	15 140	15 564	16 000

10. Conclusions

Au terme de cette enquête nous formulons les conclusions et recommandations suivantes :

- ✓ Grâce à la triangulation de plusieurs méthodes, la taille des populations clés PS et HSH pouvant être atteint sur les sites de fréquentation pendant les périodes de forte affluence en Guinée est estimée à **14 728 PS et 818 HSH**.
- ✓ Bien que la taille de la population clé HSH pouvant être atteint sur les sites de fréquentation pendant les périodes de forte affluence en Guinée est estimée à **818** (cartographie et étude de validation), la méthode de l'objet unique multiplicateur donne une estimation globale de la taille de la population HSH en Guinée (**1423**).
- ✓ Trois régions concentrent plus de 7 populations clés PS et HSH sur 10 : Conakry, Kindia et Boké.
- ✓ Les tailles obtenues serviront de dénominateur dans les estimations de la couverture des services/programmes en direction de ces populations.
- ✓ Les données complémentaires collectées auprès des gérants, PS, HSH, client (e)s et des membres du staff sur les sites lors de l'étude de validation révèlent que des efforts importants restent à faire pour renforcer/améliorer l'accès des populations clés (y compris les membres qui pour diverses raisons s'inscrivent dans la clandestinité) aux services/programmes de prévention et de soins contre les IST et le VIH.
- ✓ Toute estimation de la taille des populations clés PS, HSH basée sur la cartographie des sites de fréquentation doit nécessairement être associée à une étude de validation. En effet, l'étude de validation permet non seulement d'actualiser la base de données de la cartographie, mieux encore elle permet d'ajuster les estimations brutes de la taille des PS et HSH sujettes le plus souvent à de nombreux biais.

11. Bibliographie

1. SE/CNLS, MSHP, ONUSIDA, GUIAD. 2011. Etude d'estimation de la taille des populations les plus à risque face aux VIH: des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) à Conakry.
2. SE/CNLS, MSHP, ONUSIDA. 2013. Etude d'estimation de la taille des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) à l'intérieur du pays-République de Guinée.
3. SE/CNLS, MSHP, ONUSIDA, GUIAD. 2011. Rapport de l'enquête sur l'estimation de la taille des professionnelles du sexe (PS) à Conakry.
4. SE/CNLS, MSHP, ONUSIDA. 2013. Etude sur l'estimation de la taille des professionnelles de sexe (PS) à l'intérieur du pays-République de Guinée.
5. SE/CNLS, ONUSIDA, PNUD, USAID, UNFPA, OIM, ACE. 2010. Cartographie des risques et vulnérabilités, des offres de services et des interventions dans le cadre de la riposte aux IST/VIH en République de Guinée.
6. SE/CNLS, ONUSIDA. 2013. Rapport de l'étude sur les modes de transmission (MoT) en République de Guinée.
7. SE/CNLS, INS, MEASURE DHS, ICF International, USAID, UNICEF, UNFPA, BM, OMS. 2012. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) en République de Guinée.
8. SE/CNLS, ONUSIDA, OMS, UNICEF, PNUD, UNFPA, USAID, GIZ. 2012. Enquête de Surveillance Comportementale et Biologiques (ESCOMB) auprès de Groupe à haut Risque de l'infection par le VIH en République de Guinée.
9. Assemblée nationale. 1998. Loi n ° 98/036 du 31 décembre 1998 portant code pénal titre II : des crimes et délits contre les particuliers. Chapitre premier : crimes et délits contre les personnes. République de Guinée.
10. ONUSIDA, OMS, UNFPA, PNUD, Fonds Mondial, USAID, PEPFAR, MEASURE Evaluation, Université de Monitoba.2016. Atelier régional sur l'utilisation de la cartographie programmatique pour étendre la couverture et améliorer l'accès aux programmes visant les populations clés. Lignes directrices pour les participants. Dakar-Sénégal.
11. ONUSIDA, OMS. 2009. Estimation de la taille des groupes à haut risque et de la prévalence du VIH chez les groupes à haut risque dans les épidémies concentrées. Genève.
http://www.epidem.org/Publications/Amsterdam%20Report_July%202009.pdf
12. OMS, ONUSIDA. 2013. Lignes directrices pour la surveillance de deuxième génération de l'infection à VIH : une mise à jour : connaître son épidémie. Genève.
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/surveillance_update/en/index.html
13. ONUSIDA, OMS . 2010. Lignes directrices relatives à l'estimation de la taille des populations les plus exposées au VIH. Genève.
http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/estimating_populations_HIV_risk/en/index.html
14. Papworth E et al. 2013. Comparative analysis of HIV prevalence among key populations and the general population in West and Central Africa. Journal of the International AIDS Society , 16(Suppl 3):18751
<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/18751> | <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.16.4.18751>
15. ONUSIDA .2013. Rapport mondial sur l'épidémie. Genève.
16. ONUSIDA .2015. Diapositives clés sur les données épidémiologiques. Genève.

12. Annexes (voir le protocole de l'étude)