



RÉPUBLIQUE DE GUINÉE
Travail-Justice-Solidarité



COMITÉ NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT EXÉCUTIF

**ENQUETE DE SURVEILLANCE COMPORTEMENTALE
ET BIOLOGIQUE DES IST/VIH/SIDA –ESCOMB 2015**

RAPPORT FINAL

(Draft 14/07/2016)

Décembre 2015



COMMANDITAIRE : SE/CNLS

FINANCEMENT : BND ET FONDS MONDIAL

AGENCE D'EXECUTION : CONSORTIUM D'ONG « SIDALERTE »

PREFACE

Les enquêtes de surveillance de seconde génération combinant la surveillance biologique et comportementale permettent d'évaluer les effets des actions de prévention du VIH menées par l'Etat et ses partenaires auprès des groupes de populations spécifiques.

C'est dans cette lancée que l'enquête socio-comportementale et biologique de 2015 a été réalisée. Elle fait suite à celles de 2001, 2007 et 2012. Elle répond aux mêmes objectifs que les précédentes, à savoir, produire des informations comportementales et sérologiques sur les groupes de populations à risque aux IST/VIH, en vue de développer en leur faveur des programmes de prévention du VIH et de prise en charge. Neuf groupes de population ont été ciblés, à savoir : les jeunes et adolescents (es) âgés de 15 à 24 ans, les hommes en uniforme, les miniers, les professionnelles de sexe, les pêcheurs, les routiers, les patients tuberculeux, la population carcérale et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Ce dernier groupe a été éliminé au début de l'étude à cause de l'application de la nouvelle stratégie (la méthode RDS) d'enquête non prise en compte par le protocole. Ce groupe fera l'objet d'une étude ultérieurement.

Les résultats de la présente enquête permettront non seulement d'actualiser les indicateurs de comportement et de prévalence du VIH au sein des groupes de population à risque ; mais aussi de constituer une base d'information pour l'évaluation à mi-parcours du cadre stratégique national 2013-2017 de lutte contre le Sida. Ils permettront aussi de donner des orientations aux décideurs et aux planificateurs pour le développement des programmes de prévention ciblés à l'attention des groupes spécifiques.

L'ESCOB 2015 a été réalisée par le consortium d'ONG SIDALERTE avec l'appui technique du Secrétariat Exécutif du Comité National de lutte contre le Sida, du comité technique national mis en place à cet effet, du laboratoire de l'Hôpital national Donka, du Laboratoire National de Référence du Ministère de la Santé, du consultant international mis à disposition par PSI.

La réalisation de cette enquête a bénéficié de l'appui financier de l'Etat à travers le Budget National de Développement (BND) et du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme à travers la subvention Round 10, volet VIH accordé à la Guinée.

Le présent rapport d'enquête montre une baisse de la prévalence du VIH au niveau des professionnelles de sexe et stabilisation de la prévalence au sein d'autres groupes cibles. Une légère amélioration de l'adoption des comportements à moindre risque a été constaté au niveau de la presque totalité des groupes cibles. Il s'agit principalement de l'utilisation du préservatif. Aussi, pour la presque totalité des groupes cibles, le niveau de connaissance sur les IST/VIH/Sida a aussi connu une légère amélioration.

Malgré cette évolution positive, des efforts restent à fournir dans le domaine de l'accès de ces populations spécifiques aux programmes de prévention VIH notamment le conseil et dépistage volontaire, la promotion de l'utilisation du condom, la paire-éducation, la prévention et la prise en charge des IST. C'est pourquoi, il nous importe de continuer le combat avec abnégation afin d'infléchir davantage la courbe de prévalence du VIH dans notre pays en mettant un accent particulier sur la prévention.

Je saisi cette opportunité pour remercier, au nom du gouvernement et du comité national de lutte contre le Sida, les partenaires techniques et financiers (Fonds mondial, l'ONUSIDA...), les groupes cibles de population enquêtés, le consortium SIDALERTE, les structures d'appui techniques, les autorités locales pour leur appui et leur dévouement qui ont fortement contribué à l'atteinte de ces résultats.

En fin, j'appelle à une plus grande mobilisation sociale et exhorte l'ensemble des partenaires à toujours soutenir les actions du CNLS pour infléchir la prévalence du VIH au sein de ces groupes de populations afin de réussir l'objectif mondial d'éradication du VIH d'ici à 2030.

Le Secrétaire Exécutif du CNLS

Dr Abass DIAKITE

TABLE DES MATIÈRES

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES	5
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	7
1 INTRODUCTION	10
1.1 Présentation de la Guinée.....	10
1.2 Aperçu de la situation du VIH/SIDA en Guinée	10
1.3 Justification de L'ESCOMB 2015	11
2 OBJECTIFS	11
2.1 Objectif général.....	11
2.2 Objectifs spécifiques.....	12
3 MÉTHODES.....	12
3.1 Type d'étude	12
3.2 Cadre de l'étude	12
3.3 Cibles de l'enquête.....	12
3.4 Echantillonnage.....	13
3.4.1 Technique de l'échantillonnage	13
3.4.2 Procédure d'échantillonnage	13
3.4.3 Taille des échantillons	15
3.5 Stratégie de terrain	17
3.5.1 Personnel de l'enquête.....	17
3.5.2 Recrutement du personnel	17
3.5.3 Formation et pré-test.....	17
3.6 Collecte et gestion des données	18
3.6.1 Instruments de collecte	18
3.6.2 Technique et déroulement de la collecte	18
3.7 Analyse des données.....	20
3.8 Considération éthique	20
3.9 Limites de l'enquête.....	20
4 RÉSULTATS.....	21
4.1 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DE L'ENQUÊTE.....	21
4.2 LIEU D'ENQUÊTE.....	21
4.2.1 Sites	21
4.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS	22
4.3.1 Le sexe.....	22
4.3.2 L'âge.....	23
4.3.3 La scolarisation et le niveau d'instruction.....	23
4.3.4 Le statut matrimonial.....	23
4.3.5 La religion.....	23
4.3.6 La nationalité	23
4.4 EXPOSITION À L'ALCOOL ET AUX DROGUES.....	25
4.5 EXPOSITION AUX MASS MÉDIAS	26
4.6 COMPORTEMENT SEXUEL ET UTILISATION DU PRÉSERVATIF	28
4.6.1 ACTIVITÉS SEXUELLES	28
4.6.2 PREMIER RAPPORT SEXUEL.....	28
4.6.3 UTILISATION DU PRÉSERVATIF	29
4.6.3.1 Utilisation du préservatif au premier rapport sexuel.....	30
4.7 CONNAISSANCE ET ANTÉCÉDENTS D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	31
4.7.1 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)	31
4.7.2 CONNAISSANCE DES IST.....	31
4.7.3 CONNAISSANCE DES SIGNES D'IST.....	32
4.7.4 SIGNES D'IST CHEZ LA FEMME	32
4.7.5 SIGNES D'IST CHEZ L'HOMME	34
4.7.6 ANTÉCÉDENTS D'IST	36

4.7.7	PRÉVALENCE DES IST.....	37
4.8	EXPOSITION A L'INFORMATION SUR LE SIDA ET CONNAISSANCE DES METHODES DE PREVENTION	38
4.8.1	Exposition à l'information sur le SIDA.....	39
4.8.2	Connaissance des moyens de prévention.....	39
4.8.3	Bonne connaissance.....	40
5	ATTITUDES VIS-À-VIS DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH OU MALADES DU SIDA	43
6	EXPOSITION AU DÉPISTAGE DU VIH.....	45
6.1	Antécédents de dépistage du VIH.....	45
6.2	Connaissance du statut sérologique au VIH	46
7	PRÉVALENCE DU VIH PAR GROUPE CIBLE	47
8	CONCLUSION.....	50
9	RÉFÉRENCES	51
10	ANNEXES.....	52
10.1	Annexe 1 : Caractéristiques des populations cibles de l'enquête	52
10.1.1	Jeunes de 15 à 24 ans.....	52
10.1.2	Homme en uniforme	54
10.1.3	Miniers.....	56
10.1.4	Professionnelles de sexe	57
10.1.5	Pêcheurs.....	59
10.1.6	Routiers.....	61
10.1.7	Patients tuberculeux.....	63
10.1.8	Population carcérale	64

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : SYNTHÈSE DES INDICATEURS CLES	9
Tableau 2: Estimation de la taille de l'échantillon par groupe cible, ESCOMB 2015-Guinée	16
Tableau 3 : Description de l'échantillon de l'enquête, ESCOMB 2015-Guinée	21
Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques, ESCOMB 2015-Guinée	24
Tableau 5 : Proportion des groupes cibles ayant consommé de la drogue et de l'alcool au cours des 12 derniers mois	26
Tableau 6 : Proportion (en %) des enquêtés qui ont écouté la radio et ayant regardé la télévision au cours des 4 dernières semaines précédant l'enquête	27
Tableau 7: Age au premier rapport sexuel des répondants des groupes cibles de l'enquête	29
Tableau 8 : Proportion (%) d'utilisation du préservatif par groupe cible lors du premier rapport sexuel	30
Tableau 9 : Proportion (%) d'utilisation du préservatif avec les différents types de partenaires au dernier rapport sexuel au cours des 12 derniers mois	31
Tableau 10 : Signes des IST chez les femmes cités par les répondants.....	33
Tableau 11: Signes des IST chez les hommes cités par les répondants.....	35
Tableau 12 : Antécédents d'IST au cours des 12 derniers mois selon les déclarations des répondants	36
Tableau 13 : Prévalence des IST au cours des 12 derniers selon les déclarations des répondants	37
Tableau 14 : Prévalence des IST au cours des 12 derniers en fonction des caractéristiques sociodémographiques des répondants.....	38
Tableau 15 : Proportions des groupes cibles ayant déclaré avoir entendu parler du VIH.....	39
Tableau 16 : Proportion des répondants qui ont cité les trois principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH	40
Tableau 17 : Proportion des jeunes de 15 à 24 ans ayant répondu correctement aux cinq questions relatives à l'évaluation du niveau de connaissance sur le VIH/sida.....	41
Tableau 18 : Niveau de connaissance des jeunes de 15 à 24 ans selon les caractéristiques sociodémographiques	42
Tableau 19 : Proportion des groupes cibles ayant un comportement d'acceptation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH (%).....	43
Tableau 20 : Proportion des groupes cibles ayant un comportement d'acceptation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH selon les caractéristiques sociodémographiques	45
Tableau 21: Antécédents de dépistage du VIH dans les groupes cibles	46
Tableau 22 : Pourcentage des groupes cibles qui connaissent leur statut sérologique au VIH.....	46
Tableau 23 : Pourcentage des groupes cibles qui connaissent leur statut sérologique au VIH, selon les caractéristiques sociodémographiques.....	47
Tableau 24 : Prévalence nationale du VIH par groupe de population cible, ESCOMB 2015-Guinée ..	48
Tableau 25 : Prévalence nationale du VIH par groupe de population cible et par région administrative, ESCOMB 2015-Guinée	49
Tableau 26 : Caractéristiques sociodémographiques des jeunes de 15 à 24 ans interrogés au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée	52
Tableau 27 : Caractéristiques sociodémographiques des Hommes en Uniforme interrogés au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée	54
Tableau 28 : Caractéristiques sociodémographiques des Miniers interrogés au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée.....	56
Tableau 29 : Caractéristiques sociodémographiques des professionnelles de sexe interrogées au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée	57
Tableau 30 : Caractéristiques sociodémographiques des pêcheurs interrogés au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée.....	59
Tableau 31 : Caractéristiques sociodémographiques des Routiers interrogés au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée.....	61

Tableau 32 : Caractéristiques sociodémographiques des patients tuberculeux interrogés au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée	63
Tableau 33 : Caractéristiques sociodémographiques de la population carcérale interrogée au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée	64

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Prévalence du VIH en Guinée, EDS_MICS 2012	10
Figure 2 : Proportion (en %) des répondants par groupes cibles ayant déjà eu des rapports sexuels avant la réalisation de la présente enquête.....	28
Figure 3 : Proportion des groupes cibles ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans .	29
Figure 4 : Proportions (%) des différents ayant déclaré avoir entendu parler des IST	32
Figure 5 : Niveau de connaissance sur le VIH/sida par groupe cible	43

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ASG	Alternative sud Guinée
BNB	Budget National de Développement
CBK	Compagnie de Bauxite de Kindia
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose
CGB	Compagnie Guinéenne de Bauxite
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNLS	Comité National de Lutte contre le sida
ESCOMB	Enquête de Surveillance Comportementale et biologique
ESDG	Enquête de Santé et de Démographie de Guinée
ESSIDAGUI	Enquête de Séroprévalence de Guinée
GCP	Groupe Cible Primaire
GCS	Groupe Cible Secondaire
GIZ	Coopération International Allemande
GNF	Guinean National Franc
HSH	Homme ayant des rapports Sexuels avec les hommes
HU	Homme en Uniforme
IC	intervalle de Confiance
IST	Infections sexuellement Transmissibles
JE	jeunes et adolescents
LNR	Laboratoire National de Référence
MI	Miniers
MSF/B	Médecin Sans Frontière Belge
MSHP	Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique
OMS	Organisation Mondial de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PE	Pêcheur
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPT	Probabilité Proportionnelle à la Taille
PC	Populations carcérales
PS	Professionnelles de Sexe
PSI	Population Service International
RDS	Repondent Driven Sampling
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RT	Routiers
SAG	Société Aurifère de Guinée
SE/CNLS	Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SMD	Société Minière de Dinguiraye
SNISG	Système National d'information Sanitaire de Guinée
TB	Tuberculeux
UNFPA	Organisation des Nations Unies pour la Population

Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence International pour le Développement des Etats Unis
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	Zone de Dénombrement

Tableau 1 : SYNTHÈSE DES INDICATEURS CLES

Indicateurs	Valeurs par groupe cible							
	Jeunes	HU	Miniers	PS	Pêcheurs	Routiers	Patients Tuberculeux	P. Carcérale
Echantillon enquêté	2369	1556	998	2011	694	821	482	824
Age médian	20±01	35±01	34±02	24±03	34±01	33±01	30±02	34±01
Age moyen	20±02	34±02	34±02	25±01	34±02	33±01	31±01	32±02
% Sexe masculin	69,20	85,60	88,50	na	83,80	98,40	47,50	68,90
% Sexe féminin	30,80	14,40	11,50	100,00	16,20	1,60	52,50	31,10
% Scolarisé	63,40	87,70	65,30	47,90	31,70	44,00	52,50	29,10
% Non- Scolarisé	36,60	12,30	34,70	52,10	68,30	56,00	47,50	70,90
Age moyen et/ou médian au 1er rapport Sexuel	16±01	19±02	20±02	18±03	19±02	16±01	17±02	18±02
% Rapport sexuel avant 15 ans	10,27	12,91	6,51	14,40	4,16	22,77	1,04	26,70
% Bonne connaissance sur les IST/VIH/sida	24,70	33,50	5,40	40,80	11,20	30,00	49,90	32,70
% Atteint par les programmes de prévention	30,20	33,47	38,02	44,30	35,60	25,60	18,20	14,80
% Testé pour le VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat	58,04	26,60	69,53	86,97	55,33	83,43	80,91	59,22
% Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel au cours des 12 derniers (Personne ayant eu plus d'un partenaire)	60,60	66,10	81,80	92,80	82,10	78,60	76,47	66,70
Prévalence du VIH (%)	1,60	4,50	5,10	14,20	4,60	4,20	23,40	8,50

1 INTRODUCTION

1.1 Présentation de la Guinée

Pays côtier de l'Afrique de l'Ouest, la République de Guinée se situe entre les 7° et 12° de latitude nord et les 8° et 15° de longitude Ouest. Elle couvre une superficie de 245 857 Km² et est limitée à l'Ouest par la Guinée Bissau et l'Océan Atlantique, au Nord par le Sénégal et le Mali, à l'Est par la Côte d'Ivoire et au Sud par la Sierra Léone et le Libéria. Le pays est constitué de quatre régions naturelles et huit régions administratives, y compris la région spéciale de Conakry. Les régions administratives à leur tour se subdivisent en préfectures. Il y a 33 préfectures, 38 communes urbaines et 303 communes rurales de développement (CRD).

Sa population est estimée à 11,7 millions dont 1,8 millions d'habitants à Conakry, soit une densité de 49 habitants au Km². Environ 65% de la population vit en milieu rural et les femmes représentent plus de 51% de la population. La population croît rapidement avec un taux de croissance de 3,1% et l'indice Synthétique de Fécondité est de 5,1 en 2012 dont 5,8 en milieu rural et 3,8 en milieu urbain. Il résulte de cette forte croissance, une extrême jeunesse de la population : en 2010, plus de 50% de la population avaient moins de 18 ans.

L'état de santé de la population guinéenne reste préoccupant. Aux taux élevés de mortalité maternelle et infantile et à la forte prévalence de certaines affections, viennent s'ajouter les maladies émergentes (maladies d'apparition récente : Ebola) et ré-émergentes (réapparition d'anciennes maladies). La mortalité maternelle est passée de 980 à 724 pour cent mille naissances vivantes entre 2005 et 2012. La mortalité infantile est aussi passée de 91‰ à 67‰ et celle néonatale de 39 à 34‰ entre 2005 et 2012.

L'enquête légère pour l'évaluation de la pauvreté (ELEP) de 2012 indique que 55,2% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. Selon le rapport sur l'Indice de Développement Humain, la Guinée se situe au 179ème rang sur 187 pays et les indicateurs liés aux OMD restent faibles.

1.2 Aperçu de la situation du VIH/SIDA en Guinée

L'épidémie du VIH est de type généralisé avec une prévalence de 1.7% dans la population de 15 à 49 ans. On note une féminisation de l'infection à VIH (2.1 % chez les femmes—contre 1.2% chez les hommes de la même tranche d'âge). La prévalence du VIH présente de grandes disparités selon les régions administratives (2,7% à Conakry et 1% à Kindia), le lieu de résidence (2,7% en milieu urbain versus 1,2% en milieu rural) et l'âge (0,9% chez les 15 à 24 ans ; 1,5% chez les 15-19 ans et 2,3% chez les 25-49 ans).

Les populations clés présentent des prévalences très élevées. Elles sont de 16.7% chez les Professionnelles du sexe et de 56% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

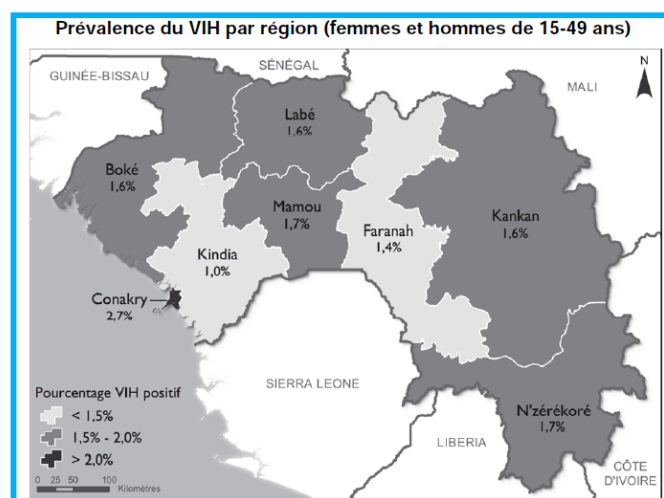


Figure 1: Prévalence du VIH en Guinée, EDS_MICS 2012

Pour les femmes enceintes, il n'existe pas de données récentes, mais l'enquête dans les sites sentinelles de 2008 montre une prévalence de 2.5% chez les femmes enceintes avec des disparités par région administrative. Cette prévalence est très élevée chez les jeunes filles de moins de 25 ans (3.4%).

1.3 Justification de L'ESCOMB 2015

Au regard de la situation de l'épidémie de l'infection par le VIH au niveau des populations spécifiques et des femmes enceintes, il s'avère indispensable de mettre en place un système de surveillance. Ainsi, aux heures de début de l'infection au VIH en Guinée, un système de surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes fut mis en place. Ce dernier a permis de suivre les tendances de l'épidémie du VIH chez les femmes enceintes. Il convient de rappeler que ce système s'est avéré limité et les informations qu'il produisit ne permettaient pas de suivre à grande échelle l'épidémie du VIH.

C'est pourquoi, le Ministère de la Santé en partenariat avec le SE/CNLS et les partenaires au développement (GIZ, USAID, FHI..) a opérationnalisé un protocole de surveillance de seconde génération. Celui-ci combine les surveillances biologique et comportementale. Ce système permet de cerner les connaissances, les attitudes et les comportements associés aux IST/VIH au niveau de la population générale et au niveau des groupes les plus à risque. Ainsi, en 2001, une première enquête de surveillance, avec quelques données comportementales, a été réalisée auprès des groupes de population à risques (ESSIDAGUI 2001). En 2007, avec l'appui financier de la Banque Mondiale, une deuxième enquête a été réalisée qui a pris en compte 6 groupes cibles. En plus des groupes cibles de 2007, trois autres groupes ont été ajoutés en 2012 notamment les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes, les patients tuberculeux et la population carcérale. Il faut rappeler que l'ESCOMB 2012 a bénéficié de l'appui financier de l'Etat, du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, de l'ONUSIDA, de l'OMS, du PNUD, de l'UNFPA, de la GIZ, de Rio Tinto, PAM, PSI et de Faisons Ensemble.

La présente enquête (ESCOMB 2015) a été réalisée pour l'ensemble des 9 groupes de population qui ont été ciblés par l'ESCOMB 2012. Il s'agit notamment des : jeunes et adolescents (es) âgés de 15 à 24 ans, des hommes en uniforme, des miniers, des professionnelles de sexe, des pêcheurs, des routiers, des patients tuberculeux, de la population carcérale et des hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes. Elle a bénéficié de l'appui financier de l'Etat à travers le budget national de Développement (BND) et du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Sa mise en œuvre a bénéficié de l'expertise d'un consortium d'ONG et de l'appui technique d'une équipe d'experts nationaux et d'un expert international mis à disposition par l'ONG « Population Service Internationale » (PSI).

Les résultats de la présente enquête permettront non seulement d'actualiser les indicateurs de comportement et de prévalence du VIH au sein des groupes de population à risque ; mais aussi de constituer une base d'information pour l'évaluation à mi-parcours du cadre stratégique national 2013-2017 de lutte contre le Sida. Ils permettront aussi de donner des orientations aux décideurs et aux planificateurs pour le développement des programmes de prévention ciblés à l'attention des groupes spécifiques.

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

L'objectif général de la présente enquête était d'évaluer les tendances, les connaissances et comportements et la séroprévalence au sein des groupes cibles.

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer le niveau de connaissances sur les IST et le VIH/Sida des groupes cibles ;
- Déterminer les attitudes et pratiques des groupes cibles dans les domaines des IST et le VIH/Sida;
- Déterminer le niveau d'exposition des groupes cibles aux interventions de prévention dans les domaines des IST et de VIH/Sida ;
- Déterminer la prévalence de l'infection à VIH parmi ces populations ;
- Apprécier les changements de comportements obtenus au sein de chaque groupe cible ;

3 MÉTHODES

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif portant sur 8 cibles très variées. Les approches d'investigation ont été axées sur la démarche quantitative (interviews semi structurées des groupes cibles). Simultanément, les enquêtes sérologiques (tests diagnostiques rapides à deux degrés) ont été réalisées.

3.2 Cadre de l'étude

Sur le plan de la faisabilité fondée sur l'optimisation du recours systématique aux facteurs de succès, l'étude s'est déroulée dans les 7 régions administratives (Kindia, Boké, Mamou, Labé, Faranah, Kankan, N'Zérékoré) et la zone spéciale de Conakry. Il faut rappeler que l'étude a pris en compte les spécificités liées à la diversité socio culturelle et environnementale des sites (routes, zones minières, garnisons, débarcadères, structures de santé, prisons, bars-hôtels...).

3.3 Cibles de l'enquête

L'ESCOMB 2015 s'est déroulée dans les sept régions administratives que comptent la Guinée et la zone spéciale de Conakry. La population cible de cette enquête comportait deux catégories de cibles notamment : (i) les groupes cibles primaires, qui sont les cibles directes de l'enquête et (ii) et les groupes cibles secondaires, représentés par l'entourage direct des GCP notamment les informateurs clés « Key informant », les points focaux (guides), les tenanciers des bars, les gestionnaires des garnisons militaires, les membres des syndicats des points de stationnement des routiers.

Les groupes cibles directs sont les jeunes et adolescents (es) âgés de 15 à 24 ans, les hommes en uniforme, les miniers, les professionnelles de sexe, les pêcheurs, les routiers, les patients tuberculeux, la population carcérale et les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes. Les définitions des groupes cibles telles que utilisées dans cette enquête sont les suivantes :

- Les jeunes et adolescents (JE) garçons/filles âgés de 15-24 ans n'ayant jamais été mariés et n'ayant jamais cohabités de façon continue pendant 12 mois ou plus avec un (e) partenaire sexuel (le) ;

- Les hommes en uniforme (HU) de 15 à 49 ans regroupent les militaires (armée de terre, armée de l'air et armée de mer), les gendarmes, les douaniers et les policiers ;
- Les miniers (orpailleurs) de 15 à 49 ans comprennent toutes les personnes travaillant aussi bien dans le secteur formel (sociétés minières) que celui informel (exploitants artisanaux des puits d'or et de diamant).
- Les professionnelles du sexe (PS) de 15 à 49 ans affichées, exerçant leur métier dans les hôtels, bars/night-club ou maisons closes ;
- Les pêcheurs de 15 à 49 ans renferment ceux au niveau de la pêche artisanale et de la pêche industrielle ;
- Les routiers (RT) de 15 à 49 ans regroupent le conducteur, l'apprenti et le convoyeur de véhicules effectuant de longs voyages et obligés de passer plusieurs nuits hors de leur résidence habituelle.
- Les patients tuberculeux de 15 à 49 ans sont toutes les personnes souffrant de la tuberculose hospitalisées ou en traitement ambulatoire dans les CDT (centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose).
- Les populations carcérales de 15 à 49 ans regroupent les personnes au niveau des maisons d'arrêts et des prisons civiles;
- Les Hommes ayant les rapports sexuels avec les Hommes (HSH) de 15 à 49 ans exerçant leur métier dans les sites recensés ;

3.4 Echantillonnage

3.4.1 Technique de l'échantillonnage

L'échantillonnage hybride a été utilisé associant la stratification, le choix raisonné et le choix aléatoire. Les strates ont été représentées par les 7 régions administratives et la zone spéciale de Conakry. Au niveau de chaque strate, des grappes ont été définies suivant un plan de sondage (temporo spatial) pour les diverses sous-populations. Il a permis de recenser les grappes ou zones de prédilection ou de rencontre des groupes cibles.

3.4.2 Procédure d'échantillonnage

En fonction de leurs caractéristiques, une procédure d'échantillonnage spécifique a été adoptée pour chacun des groupes cibles de l'enquête.

Jeunes de 15-24 ans

Il s'agit d'un échantillonnage représentatif de la population des jeunes et adolescents des milieux urbains et ruraux de 15-24 ans de chacune des 3 strates définies ci-dessous. Pour assurer une meilleure analyse des données nous avons tenu compte de deux caractéristiques : le sexe (masculin/féminin) et le milieu de résidence (urbain/rural).

Nous savons par ailleurs que la population guinéenne est massivement rurale. En effet, 29% de la population réside en ville contre 71% en milieu rural (Source RGPH 1996). Pour prendre en compte cette inégalité de la résidence, l'échantillon des jeunes a été reparti selon les quotas : un quart en milieu urbain et trois quarts en milieu rural. Cet échantillon est basé sur un sondage par grappes stratifiées à trois degrés :

- Au premier degré, le tirage des zones de dénombrement (ZD) en milieu urbain et rural ;

- Au deuxième degré, les ménages à enquêter dans chaque zone de dénombrement sélectionnée, sont choisis sur la base de probabilité proportionnelle à la taille (PPT) du ménage.
- Au troisième degré, le choix des répondants dans les ménages.

Les personnes éligibles sont interviewées. Sont considérés comme éligibles, tous les jeunes remplissant les critères d'appartenance à un ménage et y ayant passé la nuit précédente. Sur la base de la liste des jeunes de 15 à 24 ans vivant dans le ménage établie en fonction de leur âge et du sexe, la sélection du répondant, s'est faite de façon aléatoire à l'aide d'un tableau de nombres aléatoires. Pour les ménages ayant une seule personne éligible, celle-ci a été d'emblée retenue. Pour limiter l'effet genre et favoriser les réponses aux questions intimes, les enquêteurs ont été de même sexe que les enquêtés et appartiendraient sensiblement à la même tranche d'âge et à la même religion.

Le nombre de zone de dénombrement et de ménages à tirer a été déterminé en tenant compte de la proportion de jeunes de 15 à 24 ans dans les ménages en Guinée sur la base des données issues du recensement général de la population.

Professionnelles du sexe (PS)

Les PS ont été tirées selon le plan de sondage temporo-spatial. Il s'agit de repérer dans les régions d'enquêtes, les endroits fréquentés par les PS et d'estimer leur nombre dans chacun des endroits ainsi que les jours et heures d'affluence. Cette opération a été facilitée par la présence de personnes ressources sur le terrain. Après la cartographie dans chaque localité, une base de sondage comprenant la liste des différents sites fréquentés par les PS classées par catégories selon l'activité du site a été établie avec le nombre estimatif des PS. Ensuite, la répartition de l'échantillon attendu des PS en fonction des sites retenus pour la collecte des données a été faite proportionnellement aux tailles estimées lors de la cartographie. La liste de ces lieux est confectionnée et facilitée par le rapport de l'étude de l'estimation de la taille des PS de 2013. Chaque lieu de prostitution est subdivisé en créneaux horaires de 2 heures et cela pour chaque jour de la semaine. Les créneaux, considérés comme des grappes, sont tirés de la même manière que les grappes des jeunes dans les ménages.

Toutes les Professionnelles présentes physiquement dans les lieux sélectionnés pendant les créneaux tirés sont interviewées.

Routiers/camionneurs

Un choix raisonné pour identifier les points de ralliement des routiers à travers le pays a été opéré. Pour ces endroits, au total 17 principaux points d'arrêt ont été identifiés au cours de l'ESOMB 2012 (Kilomètre 36 à Conakry, Koundara, Tamagaly, Mamou, Labé, Tyanguel Bori/Lélouma, Dabola, Faranah, Kissidougou, Guéckédou, Macenta, N'Zérékoré, Lola, Pamelap, Kourémalé, Boola et Sinko). Au vue de certaines réalités en 2014, les sites de Pamelap, Boola et Sinko ont été exclus lié à l'arrêt des travaux de Rio Tinto.

Les camionneurs sont tirés selon un plan de sondage différent de celui utilisé pour les autres cibles. Les Routiers des gros transporteurs ne prennent pas des passagers et ne s'arrêtent pas habituellement dans les gares routières. Dans le but d'obtenir dans l'échantillon les routiers qui travaillent pour des gros transporteurs et ceux travaillant pour les privés, la liste comprenant les transporteurs de la ville et les gares routières est confectionnée.

De la liste des transporteurs, un échantillon des transporteurs a été tiré. Dans les compagnies de transport tirées tous les camionneurs et leurs aides présents dans l'entreprise les jours où l'enquête est programmée sont sollicités pour l'interview, d'une part. D'autre part la liste des gares routières existant dans la ville est aussi dressée et un échantillon aléatoire des gares

routières est tiré. Les enquêteurs travailleront la journée entière dans les gares sélectionnées afin d'intercepter les équipages des camionneurs au départ et à l'arrivée.

Hommes en uniformes ou Corps Habillés

Les garnisons ont été choisies de façon aléatoire à partir d'une base de sondage constituée par la liste exhaustive et les garnisons du pays classées par catégorie d'armes (Armée de terre, Armée de mer, Armée de l'air, Police, Gendarmerie, service des Douanes). Les corps habillés ont été ainsi choisis de façon proportionnée à l'intérieur de chaque garnison jusqu'à l'atteinte de l'échantillon minimal requis. Aussi, la sélection des agents à enquêter a été faite lors des rassemblements autour du mat après la montée des couleurs.

Miniers

En se référant au rapport de la cartographie des zones minières qui a dressé la liste des cités minières autour des carrières et puits de creusage (bauxite, diamant, or, etc.) une liste est confectionnée pour chaque zone minière. L'enquête a touché naturellement les travailleurs des entreprises minières bénéficiant de meilleures conditions de travail ainsi que les orpailleurs. Dans chaque zone minière, les enquêteurs ont collecté les informations auprès des miniers au fur et à mesure jusqu'à l'obtention des tailles requises dans chaque site.

A partir des données disponibles auprès de la Chambre des Mines de Guinée, l'échantillon des miniers du secteur formel est reparti avec probabilités proportionnelles à la taille entre les sites suivants : CBG (Kamsar, Sangarédi), CBK (Conakry et Kindia), ACG (Fria), SEMAFO (Kouroussa), SMD (Léro/Dinguiraye), SAG (Siguiri) et AREDOR (Gbenko/Kérouané) et Kouankan à Macenta). La répartition des échantillons sera faite en se référant aux données et indications des Associations des exploitants du secteur informel.

Pêcheurs

L'enquête a touché les pêcheurs du secteur artisanal et les piroguiers dans les différents ports de pêche et débarcadères de Conakry, Forécariah (Benty), Boké et Boffa. A Conakry, il s'agit des débarcadères de Boulbinet, Teminetaye, Dixinn Port, Landreah, Bonfi, Dabondy et Kaporo. A Boké, c'est le port de Kamsar qui est concerné tandis qu'à Boffa, les débarcadères de Taboria, Bogolon, Katouroun, Tougnifily et Koukoude ont été couverts.

Patients tuberculeux

La sélection des tuberculeux s'est faite à partir du registre de déclaration de la tuberculose, disponible dans toutes les préfectures et communes du pays. A partir de la liste établie de ces différentes localités selon le rapport de l'ESCOMB 2012, la méthode des probabilités proportionnelles à la taille a été appliquée.

Population carcérale

Le processus d'identification s'est basé sur la liste des centres pénitenciers sur l'étendue du territoire national. Ensuite, on a procédé à la sélection des individus selon le sexe et la catégorie/statut du prisonnier. L'étude a touché les prisonniers des maisons d'arrêt et ceux des prisons civiles existant dans le pays. Le choix de ces endroits s'est fait de façon aléatoire.

3.4.3 Taille des échantillons

Pour déterminer la taille $\{n\}$ de l'échantillon des groupes cibles, la formule utilisée est présentée ci-dessous:

- choisi le meilleur des indicateurs de mesure de performance du programme, « le taux d'utilisation systématique du préservatif avec le partenaire habituel (en dehors du mariage) ».
- souhaité détecter de manière fiable toute variation d'au moins 15% ;
- retenu comme niveau initial (P1) la valeur obtenue dans ESCOMB 2012 pour les différentes cibles.
- consenti un degré de signification de 95% (degré de certitude qu'un changement observé n'est pas dû au hasard) et ;
- accepté une capacité de détection de 80% (degré de certitude qu'un changement survenu est effectivement détecté);

L'effet de grappe a été estimé à 2 (valeur de D égale à 2) et le degré de précision est 0,05 ;

Au chiffre obtenu après l'application de la formule ci-dessous, nous avons ajouté 10% pour corriger l'effet des non-répondants.

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

P_1 = pourcentage estimé lors de la première enquête

P_2 = pourcentage cible est l'envergure de la variation que l'on veut pouvoir détecter

$\bar{P} = (P_1 + P_2) / 2$

$Z_{1-\alpha}$ = écart réduit correspondant au degré de signification voulu

$Z_{1-\beta}$ = écart réduit correspondant au degré de signification voulu

Ainsi, l'application numérique de cette formule donne une taille globale de **9.854** individus à interroger et à tester pour le VIH. L'exclusion des HSH dont le nombre a été estimé à 400 ramène le total à 9.854. Le tableau ci-dessous présente la taille estimée pour chacun des 8 groupes cibles.

Tableau 2: Estimation de la taille de l'échantillon par groupe cible, ESCOMB 2015. Guinée.

#	Groupes cibles	Taille de l'échantillon estimée
1	Jeunes et adolescents de 15 à 24 ans	2477
2	Hommes en uniforme	1590
3	Miniers	1030
4	Professionnelles de sexe	2112
5	Pêcheurs	675
6	Routiers	830
7	Patients Tuberculeux	400
8	Population carcérale	740
TOTAL		9 854

3.5 Stratégie de terrain

3.5.1 Personnel de l'enquête

Le personnel de cette enquête a comporté le personnel de bureau et des agents de terrain composés des enquêteurs, des laborantins, des superviseurs, tous coordonnés par une équipe technique du consortium. Trois catégories de personnels ont été déployées sur le terrain pour la mise en œuvre de l'enquête :

- 36 agents de collecte que sont les enquêteurs (remplissage du questionnaire) ;
- 12 laborantins biologistes (pour le conseil pré-test et le prélèvement sanguin) ;
- 12 points focaux soit 1 pour chaque équipe dans le but de faciliter l'accessibilité aux cibles ;
- 16 superviseurs régionaux pour la supervision de la collecte, du prélèvement et l'acheminement.

3.5.2 Recrutement du personnel

Enquêteurs

Le recrutement des enquêteurs a reposé sur un certain nombre de critères ci-dessous énumérés :

- Savoir bien lire et bien écrire en français
- Avoir un niveau Supérieur
- Etre disponible
- Avoir une expérience dans la collecte des données
- Parler la langue du terroir
- Etre disposé et motivé à faire l'enquête

Superviseurs

Leur recrutement a tenu compte de l'expérience sur le terrain. Ces superviseurs, ont été formés non seulement sur le contenu des questionnaires mais aussi sur la conduite à tenir pour une collecte de données fiables. Les superviseurs, devraient obligatoirement parlés bien au moins une langue du terroir.

Techniciens de laboratoire

Un pool de techniciens de laboratoires déjà impliqué dans plusieurs enquêtes a été identifié et répertorié par le consortium.

3.5.3 Formation et pré-test

Formation

Toutes les personnes impliquées dans les activités de terrain ont bénéficié d'une formation appropriée pour leur permettre de faire le travail dans les normes requises. Cette formation de 3 jours a porté sur la compréhension des objectifs de l'étude, du questionnaire et des techniques de collecte des données. Nous avons utilisé la méthode participative accompagnée de la simulation et des jeux de rôle.

Le personnel médical retenu pour la collecte des échantillons de sang a été formé aussi bien à la conduite du conseil pré-test et l'obtention du consentement éclairé qu'à l'utilisation des tubes vacutainers ou des seringues de prélèvement.

Le module de formation comprenait les items suivants:

- La définition et la technique d'une bonne collecte de données
- Les qualités d'un bon enquêteur
- L'attitude et le comportement à adopter pendant la collecte
- La lecture et les compréhensions du questionnaire
- L'identification de la population cible.

Pré-test du questionnaire de collecte de données

La forme définitive des questionnaires a été obtenue après un pré-test de chaque questionnaire standard. Au cours de ce pré-test, le questionnaire de chaque cible a fait objet de remplissage par les enquêteurs.

Ce pré-test a permis d'apprécier la compréhension, la cohérence et l'acceptation du questionnaire. Le Pré-test a également vérifié la prise en compte des réalités socioculturelles de la Guinée dans les questionnaires. Le pré-test fut réalisé à Conakry dans les sites non sélectionnés pour la présente enquête.

3.6 Collecte et gestion des données

3.6.1 Instruments de collecte

La collecte des données quantitatives auprès des neuf groupes cibles a été réalisée à l'aide de questionnaires anonymes, standardisés et pré codés. Chaque questionnaire comportait, en plus du formulaire de consentement, les thématiques essentielles en rapport avec l'ESCOMB. Pour chaque groupe cible, un questionnaire spécifique fut élaboré. Les questions portaient sur les caractéristiques sociodémographiques, les comportements sexuels, l'utilisation du préservatif, les connaissances et les antécédents d'IST, les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH, l'exposition aux interventions de lutte contre le sida.

En plus du questionnaire, un guide d'entretien et une fiche de supervision ont été également élaborés dans le but d'orienter et circonscrire le processus de la collecte.

3.6.2 Technique et déroulement de la collecte

3.6.2.1 L'interview semi-structurée

Les interviews ont été conduites par les enquêteurs de deux sexes. Les membres d'une même équipe se déplaçaient de site en site pour réaliser les interviews. Au niveau de chaque site, des contacts ont été pris avec les leaders ou les propriétaires (pour les bars, night clubs, Maisons Closes, Motels et hôtels) avant la venue de l'équipe d'enquête. Le jour ou la nuit de l'enquête dans un site, l'équipe à travers le point focal notifiait au leader ou propriétaire son arrivée. Certaines précautions ont été prises pour les cibles sensibles :

Les Professionnelles de sexe ont été invitées individuellement à participer à l'enquête. Au niveau de chaque site, deux chambres ont été louées pour l'interview. Après avoir obtenu le consentement éclairé de chaque participante, les enquêteurs conduisaient les interviews.

Les questionnaires élaborés en français pouvaient être traduits dans les différentes langues des zones d'enquêtes par les enquêteurs en cas de nécessité. L'administration du questionnaire a été précédée de la lecture du consentement éclairé. Au terme de l'interview, l'enquêteur a procédé au counseling de pré test du VIH avant l'orientation de l'enquêté vers le biologiste pour le test du VIH.

Les enquêteurs ont été placés sous la supervision d'un chef d'équipe qui veillait au respect des procédures d'identification des sites et des cibles et qui vérifiait les questionnaires remplis au terme de l'interview.

3.6.2.2 Dépistage du VIH

Le biologiste, après l'admission du sujet enquêté a d'abord procédé au counseling au cours duquel, les enquêtés ont reçu des conseils sur le VIH/SIDA.. Après l'accord du sujet, le biologiste a prélevé son sang pour le test rapide. Le prélèvement sanguin a été suivi de l'orientation du sujet vers une structure sanitaire (le CS le plus proche ou un CDV) pour le post test et la restitution des résultats en cas de besoin.

❖ Prélèvement et étiquetage

Au niveau de chaque cible, après interview, 5 millilitres de sang ont été prélevés par ponction veineuse à l'aide de tubes vacutainers ou de seringues, sur leur consentement éclairé.

Le test de dépistage était basé sur le protocole anonyme-lié, selon ce protocole aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne sera lié à l'échantillon de sang. L'étiquetage a consisté à coller sur l'échantillon de sang, un code spécifique portant les initiales du site et du groupe cible auquel appartient la personne chez qui on a prélevé du sang et le numéro d'ordre du prélèvement.

❖ Test du VIH

Les tests VIH rapides ont été utilisés dans cette enquête aussi bien pour le dépistage que pour la discrimination. Le « Détermine » fut utilisé comme test de première intention et le 2^{ème} test l'« Immuno-Comb Bispot HIV1 et 2 ». Les résultats ont mis à la disposition des centres identifiés et dont les noms ont été communiqués aux sujets enquêtés. L'équipe de supervision procédait au ramassage et à l'acheminement des prélèvements vers le laboratoire d'analyse.

Les résultats du test VIH étaient gardés au niveau des centres de restitution pendant 3 mois. Parmi ces centres il y avait des CDV et des structures sanitaires intégrant des activités des CDV. Passé le délai requis, les personnes désireuses de connaître leurs résultats devront subir de nouveau un conseil pré-test et donner un nouvel échantillon de sang.

Pour la restitution des résultats, des conseillers ont été recrutés en collaboration avec le MSHP, formés et placés au niveau des structures sanitaires et sites d'enquête du pays. Les participants se présentant aux sites de restitution pour le retrait de leurs résultats étaient munis de leur carte de prélèvement à l'étude avec le numéro d'enregistrement.

❖ Contrôle de qualité du test VIH

Les échantillons de sang ont été testés au fur et à mesure de la collecte. Pour assurer la qualité des résultats, tous les échantillons ayant fourni un résultat positif et 5% des échantillons ayant fourni un résultat négatif furent ré-testés et contrôlés au laboratoire du CHU de Donka. Il faut souligner que pendant la saisie des données socio comportementales, des bases de données apurées de chaque groupe furent extraites du fichier des personnes qui ont été testées pour y enregistrer les résultats des tests. Tous les cas positifs et indéterminés ont l'objet d'un second test de confirmation. Egalement, un échantillon aléatoire et représentatif de 10% des cas négatifs fut analysé pour confirmation.

❖ Gestion des données biologiques

Pour la gestion des données biologiques, dans chaque région d'enquête, les échantillons furent déposés dans les laboratoires régionaux et à l'Hôpital National Donka pour la ville de Conakry. Un personnel médical spécialisé a été chargé de la réception et du classement des

échantillons. Ce personnel issu de tous les niveaux hiérarchiques de la pyramide sanitaire (hôpitaux nationaux et régionaux, INSE, l'Institut National de Santé Publique, Santé Scolaire) a eu pour tâche d'effectuer un double contrôle qui consistait à vérifier la qualité des prélèvements, le nombre des échantillons, le codage avant de décharger la fiche de réception. Les sérums furent strictement conservés dans des réfrigérateurs sous une température de 4° à 8° Celsius. Le test de dépistage du VIH fut réalisé dans un délai de 24 à 48 heures.

3.7 Analyse des données

La saisie des données a été réalisée de façon double au moyen du logiciel Epi-DATA, en vue de réduire au maximum les erreurs de saisie. La vérification a été effectuée en comparant les deux bases de données obtenues au moyen de l'utilitaire xxxxx. L'analyse des données a été axée sur l'élaboration de plans de tableaux débouchant sur la conception du masque. Le traitement dans SPSS.20 des données a servi par la suite à la mesure des niveaux des indicateurs attendus. L'analyse a porté sur la description des différentes variables, la stratification des valeurs de certains indicateurs et la réalisation des tests statistiques pour motifs de comparaison dans le temps.

3.8 Considération éthique

Le protocole de cette étude a été examiné et approuvé par le Comité National d'Ethique du Ministère (guinéen) de la santé. La participation des enquêtés à cette ESCOMB fut strictement volontaire. Pendant la formation des enquêteurs un accent particulier a été mis sur l'importance d'obtenir le consentement volontaire du participant, le respect de la confidentialité et l'interdiction de toute forme de coercition. Pour respecter la confidentialité, aucune identification des répondants n'est possible parce que les outils de collecte des données sont anonymes.

3.9 Limites de l'enquête

Comme le prévoyait le protocole, la limitation de l'âge des répondants à 49 ans, excluant d'office certaines personnes plus âgées et sexuellement actives a constitué une des limites de l'étude.

A l'exception des jeunes adolescents, l'analyse désagrégée selon le genre était pratiquement impossible au niveau des autres groupes soit constitués exclusivement de femmes (cas des PS) ou quasiment dominés par les hommes. De même, hormis les jeunes adolescents, les effectifs obtenus n'étaient pas suffisants pour permettre une analyse désagrégée selon la région, pouvant conduire à des différences statistiquement significatives.

La prévalence des autres IST rapportés, est basé sur les approches syndromiques (déclaration des participants). Ceci ne permet pas de ressortir un lien réel entre le VIH et la présence des autres IST.

En outre, seuls les agents en uniforme présents au rassemblement habituel au tour du mât le jour du passage de l'équipe d'enquêteurs ont été considérés ; entraînant de ce fait un possible biais de sélection.

Enfin, conformément aux termes de référence, les pêcheurs continentaux ont été exclus de l'enquête ; pourtant exposés aux mêmes risques que leurs pairs évoluant dans la zone maritime.

4 RÉSULTATS

4.1 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DE L'ENQUÊTE

Huit groupes (8) cibles étaient concernés par la présente enquête pour une taille estimative de l'échantillon de 10254. Au total 9 740 individus ont été interrogés soit un pourcentage de réalisation de 94,98%. Ce pourcentage varie selon les cibles, plus élevé pour les patients tuberculeux (120,5%), la population carcérale (111,4%) et les pêcheurs (100,6%). Pour les autres cibles, le pourcentage de réalisation varie de 95 à 98%.

Parmi les individus interrogés, 9345 ont été dépistés pour le VIH soit un pourcentage d'acceptation du test de 95,9%. Si l'on rapporte ce chiffre à l'échantillon attendu, on aura un pourcentage de dépistage de 91,13%. Ce résultat montre que l'échantillon d'individu interrogés et testés est suffisant pour procéder à des analyses car ils sont supérieurs à 90% des prévisions. Il faudra rappeler que l'échantillon estimatif a été majoré de 10% pour tenir compte des déperditions lors de l'enquête et de l'apurement des bases de données (Cf. tableau ci-dessous).

Tableau 3 : Description de l'échantillon de l'enquête, ESCOMB 2015Guinée

Groupes Cibles	Taille de l'échantillon estimée	Interrogés		Prélevés parmi les interrogés	
		Nombre	%	Nombre	%
Jeunes	2477	2369	95.6%	2066	87.2%
Homme en uniforme	1590	1556	97.9%	1543	99.2%
Miniers	1030	998	96.9%	981	98.3%
Professionnelles de sexe	2112	2011	95.2%	1994	99.2%
Pêcheurs	675	694	102.8%	671	98.8%
Routiers	830	821	98.9%	812	98.9%
Patients Tuberculeux	400	482	120.5%	482	100.0%
Population carcérale	740	824	111.4%	796	96.6%
TOTAL	9854	9740	98.8%	9345	95.9%

Commentaire à compléter : ce commentaire doit justifier les vides observés au niveau des tableaux des différents résultats.

4.2 LIEU D'ENQUÊTE

4.2.1 Sites

L'ESCOMB 2015 s'est déroulée sur l'ensemble du territoire national, de la République de Guinée, du 04 au 23 août 2015. La couverture géographique varie selon le groupe cible. Les 7 régions administratives que comptent le pays et les cinq communes de la capitale Conakry

étaient concernées par l'enquête auprès de jeunes de 15 à 24 ans. La majorité des jeunes a été enquêtée dans les régions de N'zérékoré (21,1%), de Kankan (15,4%) et dans la capitale Conakry (15,4%). La région de Labé affiche la plus faible proportion des jeunes enquêtés (5,3%).

Les hommes en uniforme ont été également touchés sur tout le territoire national et plus de la moitié d'entre eux ont été touchés à Conakry (qui abrite les plus importantes structures militaires du pays dont les garnisons, écoles de formation militaire, directions nationales des services et bataillons), à Kankan et à N'zérékoré. Les miniers quant à eux ont été seulement touchés dans les zones minières identifiées par l'enquête ; il s'agit notamment de 38% à Boké (Kamsar et Sangarédi), 11,4% à Kindia (Debelen), 11,9% à Faranah (Dinguiraye, Lero), 23,9% à Kankan (Siguiri, kouroussa, Kintinian, Kerouané, Banankoro, Mandinana...) et 14,7% à N'zérékoré (Beyla, Kounkan, Nyonsomoridou, Moribadou, Traoréla...).

Les PS ont été principalement enquêtées au niveau des grandes agglomérations, les lieux de trafic (point d'arrêt le long des axes routiers) et au niveau des zones minières (Kamsar, Sangarédi, Siguiri, Beyla...). Les professionnelles de sexe ont été majoritairement touchées à Conakry (56,9%) et à Boké (14,3%). Les autres régions représentent moins de 10% dans l'effectif des PS enquêtées.

Compte tenu du trafic et de l'emplacement des points de stationnement à travers le territoire national, la majorité des routiers enquêtés étaient de la région de Mamou (15,7%), suivie des régions de Kindia (14,6%), de Labé (13,6%) et de N'zérékoré (13,4%). Les proportions des autres régions varient de 8 à 10%. Les patients tuberculeux quant à eux ont été touchés dans deux régions à savoir 83% à Conakry (qui regorge les plus grand centre antituberculeux) et 17% à N'zérékoré (Macenta).

La population carcérale a été essentiellement touchée dans les quatre grandes prisons notamment à Conakry (44,5%), à Kindia (15,5%), à Kankan (13,5%) et à N'zérékoré (26,5%).

Milieu de résidence

En dehors des jeunes et des miniers enquêtés qui résident majoritairement en milieu rural (60,2% et 91,9%), la majorité des répondant vivent dans les milieu urbain et sont respectivement représentés par ordre d'importance par les Tuberculeux et les populations carcérales (100%), suivies des hommes en uniforme (98,1%), des PS (88,6%), des routiers (79,0%), des Pêcheurs (62,6%) et des Jeunes (39,8%).

4.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS

4.3.1 Le sexe

Il ressort du tableau ci-dessous que l'échantillon des jeunes de 15 à 25 de notre enquête est constitué de 69,2% de garçons contre de 30,8% de filles. A l'exception des patients tuberculeux où le sexe féminin représente 52,5%, on note une prédominance du sexe masculin dans les autres groupes cibles. Les personnes de sexe féminin sont à des proportions faibles et ne représentent que 14,4% des hommes en uniformes, 11,5% des miniers, 16,2% des pêcheurs, 1,6% des Routiers et 31,1% de la population carcérale. Cependant, comme prévu par le protocole de l'enquête, 100% des professionnelles de sexe sont de sexe féminin.

4.3.2 L'âge

La majorité des jeunes enquêtés, soit deux sur trois (64,8%) sont âgés de 20 à 24 ans et l'autre tiers est âgé de 15 à 19 ans (35,2%). L'âge médian des jeunes est de 20 ans±2. Les professionnelles de sexe touchées au cours de cette enquête sont relativement jeunes. Leur âge médian est de 24 ans et la majorité d'entre elles a moins de 30 ans (84%) et leur âge médian est de 24 ans±2. Dans les autres groupes cibles, les répondants sont relativement plus âgés avec des âges médians supérieurs ou égaux à 30 ans. Il s'agit notamment de 30 ans pour les patients tuberculeux, 33 ans pour les routiers, 34 ans pour la population carcérale, les pêcheurs et les miniers et 35 ans pour les hommes en uniforme (Cf. tableau ci-dessous).

4.3.3 La scolarisation et le niveau d'instruction

Au niveau de 4 groupes sur 8, les personnes ayant fréquenté l'école représentent plus de la moitié des répondants à cette enquête. Il s'agit des jeunes (63,4%), des hommes en uniforme (87,7%), des miniers (65,3%) et des patients tuberculeux (52,5%). Le taux de scolarisation reste faible au niveau des autres quatre groupes cibles (Cf. tableau ci-dessous). Les personnes ayant atteint le niveau secondaire représentent plus de 50% des interviewés à l'exception des pêcheurs et des routiers où celles ayant un niveau primaire prédominent avec des proportions respectives de 58,6% et 52,1%. Dans l'ensemble des groupes cibles, les individus avec un niveau d'étude supérieur (universitaire) sont des proportions faibles et ne représentent que 12,6% des jeunes, 23,2% des hommes en uniforme, 22,7% des miniers, 9% des professionnelles de sexe, 6,5% des pêcheurs, 6,1% des routiers, 20,6% des Patients tuberculeux et seulement 5,8% de la population carcérale (Cf. tableau ci-dessous).

4.3.4 Le statut matrimonial

Plus de la moitié (94,9%) des professionnelles de sexe (PS) interrogées est non marié (célibataire, séparées ...). La prédominance des non mariés dans le groupe des PS a aussi été rapportée par l'enquête de 2012 (ESCOMB) où les PS célibataires représentaient 60,4% des interrogées. Cette prédominance des non mariés a été aussi constatée chez les patients tuberculeux (64,3%) et chez la population carcérale (76,3%). Pour les autres groupes on note une prédominance des mariés à l'exception des jeunes de 15 à 24 ans pour lesquels le protocole prévoyait seulement d'enquêter ceux non mariés et qui n'ont jamais été marié (Cf. tableau ci-dessous).

4.3.5 La religion

Il ressort de notre enquête que plus de quatre répondants sur cinq sont des Musulmans. Cependant, on a enregistré 24,5%, 19,3%, 20,4%, 19,0% et 18,2% de chrétiens parmi les hommes en uniforme, les jeunes, les PS, des populations carcérales et des routiers. Par ailleurs, 9,8 % des pêcheurs sont des chrétiens (catholiques ou protestants).

4.3.6 La nationalité

En général, la quasi-totalité des répondants sont des guinéens. Toutefois, on retrouve une proportion d'étrangers, ressortissants de l'Afrique de l'Ouest, parmi les pêcheurs (6,6%). Chez les miniers, il y a 3,9% d'étrangers. Dans les autres groupes, la proportion d'étrangers est marginale (moins de 1%).

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques, ESCOMB 2015-Guinée

Caractéristiques	Jeunes	HU	Miniers	PS	PE	Routiers	TB	PC
	n=2369	n=1556	n=998	n=2011	n=679	n=821	n=482	n=824
Région								
Conakry	15,4	29,3	na	56,9	58,6	10,6	83	44,5
Boké	10,1	7,3	38	14,3	41,4	10,4		
Kindia	13	15,5	11,4	4,1	na	14,6		15,5
Mamou	11,7	6	na	5,1	na	15,7		
Labé	5,3	5,9	na	0,7	na	13,9		
Faranah	8,1	5,5	11,9	1,7	na	8,6		
Kankan	15,4	14,2	23,9	11	na	12,8		13,5
Nzérékoré	21,1	16,3	14,7	6,2	na	13,4	17	26,5
Milieu de Résidence								
Urbain	39,8	98,1	8,1	88,6	62,6	79	100	100
Rural	60,2	1,9	91,9	11,4	37,4	21	na	na
Sexe								
Masculin	69,2	85,6	88,5	Na	83,8	98,4	47,5	68,9
Féminin	30,8	14,4	11,5	100	16,2	1,6	52,5	31,1
Age								
15 - 19 ans	35,2	0,51	1,90	6,61	1,18	8,28	13,90	
20 – 24 ans	64,8	5,01	7,72	44,31	9,72	8,16	13,49	16,87
25 – 29 ans	na	14,40	20,04	33,12	14,73	19,85	20,54	22,45
30 – 34 ans	na	25,45	22,24	9,80	24,59	21,56	12,24	17,84
35 – 39 ans	na	34,00	16,53	3,83	24,45	14,74	12,24	22,45
40 – 44 ans	na	8,10	12,32	1,69	16,35	9,14	10,37	12,26
45 – 49 ans	na	12,53	19,24		8,98	18,27	17,22	8,13
Age médian	20	35	34	24	34	33	30	34
Age moyen	20,3	34,7	34,9	25,2	34,6	33,1	31,3	32,7
Scolarisation								
Oui	63,4	87,7	65,3	47,9	31,7	44	52,5	29,1
Non	36,6	12,3	34,7	52,1	68,3	56	47,5	70,9
Niveau d'instruction								
Primaire	16,6	16	8,9	32,9	58,6	52,1	24,9	44,2
secondaire	70,8	60,7	68,4	58,1	34,9	41,8	54,5	50
Supérieur	12,6	23,2	22,7	9	6,5	6,1	20,6	5,8
Statut matrimonial								
Marié	na	56,8	54,2	5,1	58,3	52,9	35,7	23,7
Non marié	100	43,2	47,8	94,9	42,4	47,1	64,3	76,3
Religion								
Catholique	13,6	18,8	10,3	13,1	8,8	10,5	6,6	13,8
Protestante	5,7	5,7	1,3	7,3	1	7,7	7,1	5,2
Musulmane	77,6	74,7	88,4	77,8	90,1	81,6	86,3	80,5
Autres-religion	0,8	0,4		0,8				0,5
Pas de Religion	2,4	0,3		1		0,2		
Nationalité								

Guinéenne		96,1		93,4	99,8	100,0	99,6
Autre		3,9		6,6	0,2	00,0	0,4

4.4 EXPOSITION À L'ALCOOL ET AUX DROGUES

L'influence de l'alcool et des drogues sur les personnes peut entraîner des comportements sexuels à risque chez les personnes qui les consomment. Ces comportements peuvent être des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels. La présente étude a également exploré la consommation de ces substances au sein des groupes cibles sur la période des quatre dernières semaines ayant précédé la collecte des données.

Il ressort dans le tableau xx qu'un jeune sur cinq (22,6%) a déjà consommé de l'alcool parmi lesquels plus d'un tiers (33,6%) ont déclaré avoir consommé de l'alcool chaque jour. Par ailleurs, parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 13,3% ont déjà consommé de la drogue au moins une fois au cours des 4 dernières semaines précédant l'enquête. Le type de drogues fréquemment utilisées par les jeunes était le chanvre qui a été consommé par 90,4% des jeunes consommateurs de la drogue. Parmi les jeunes consommateurs de drogue, un jeune sur cinq a fait l'usage de la drogue injectable (Héroïne).

Au niveau des autres groupes cibles, la consommation d'alcool a été plus fréquente chez les PS au sein desquelles 62,8% en ont consommé au cours des quatre dernières semaines 48,7% ont déclaré avoir consommés tous les jours. Près de la moitié des pêcheurs (42,4%) ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant la même période parmi lesquels 20,8% l'ont consommés tous les jours. Quant aux Hommes en Uniformes, plus du tiers (32,4%) ont déclaré avoir consommé de l'alcool tandis que 17,1% tous les jours. Chez patients tuberculeux, les populations carcérales et les routiers, la consommation de l'alcool durant la même semaine était respectivement de 28,0% ; 26,1% et 18,8% au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.

L'usage de la drogue reste également une pratique courante chez les autres cibles notamment parmi les populations carcérales chez lesquelles une personne sur cinq (20,8%) a consommé de la drogue au moins une fois au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête. Parmi les types de drogues consommées, 100% ont consommé du chanvre, 20,4% de l'Héroïne et 7,1% de la cocaïne. Les proportions chez les autres groupes cibles varient entre 6,3% (chez les hommes en Uniformes) et 12,2% chez les pêcheurs. Parmi les types de drogue, la cocaïne a été surtout consommée par les miniers et les pêcheurs

Tableau 5 : Proportion des groupes cibles ayant consommé de la drogue et de l'alcool au cours des 12 derniers mois

Caractéristiques	Jeunes n=2369	HU n=1556	Miniers n=998	PS n=2011	PE n=679	Routiers n=821	TB n=482	PC n=824
Consommation de l'alcool								
Ayant déjà consommé de l'alcool	22,6 (20,9-24,4)	32,4 (30,2-34,7)	20,1 (17,5-22,5)	62,8 (60,7-64,9)	42,4 (38,7-46,4)	18,8 (16,3-21,7)	28,0 (24,5-32,4)	26,1 (23,3-29,0)
Fréquence de consommation de l'alcool au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête								
	n=535	n=504	n=201	n=1262	n=288	n=154	n=135	n=215
Aucune-fois	24,1	10,1	12,9	3,3	1,0	16,2	45,9	-
Chaque-jour	33,6	17,1	10,0	48,7	20,8	22,7	25,2	65,1
Une-fois-par-semaine	29,2	51,2	74,6	19,6	59,0	32,5	23,0	24,7
Plus-une-fois-par-semaine	7,3	17,5	0,5	23,1	18,4	26,0	5,9	10,2
Ne-sait-pas	4,1	3,2	2,0	4,4	7,0	1,9	-	-
Non-réponse	1,7	1,0	-	1,0		0,6	-	-
Consommation de la Drogue								
Ayant déjà consommé de la drogue	13,3 (11,9-14,6)	6,3 (5,1-7,5)	6,9 (5,4-8,5)	8,0 (6,8-9,1)	12,2 (9,9-14,6)	10,1 (8,0-12,3)	6,3 (3,9-8,5)	20,8 (18,0-23,5)
Fréquence d'utilisation de différents types de drogues								
	n=314	n=98	n=69	n=161	n=83	n=83	n=30	n=171
Chanvre	90,4 (87,2-93,6)	79,6 (71,5-87,8)	94,2 (88,4-98,6)	72,7 (65,9-84,1)	96,4 (91,6-100,0)	95,2 (91,6-98,)	76,7 (58,1-90,0)	100,0
Marijuana	56,7 (51,9-62,8)	20,4 (12,2-28,0)	21,7 (11,6-29,3)	34,2 (27,3-41,0)	8,4 (2,6-15,7)	25,3 (16,9-37,2)	20,0 (6,7-35,2)	100,0
Héroïne	20,1 (15,9-24,2)	20,4 (13,3-27,6)	2,9 (0,0-7,2)	11,8 (5,6-16,8)	1,2 (0,0-3,6)	0,0	0,0	5,8 (2,9-10,3)
Dissolution	20,7 (16,2-25,2)	19,4 (12,8-27,0)	11,6 (5,8-22,3)	2,6 (6,9-17,4)	0,0	10,2 (4,8-18,1)	0,0	0,0
Amphétamine	21,1 (16,2-25,8)	23,5 (13,3-31,6)	17,4 (5,4-7,0)	11,2 (6,8-15,5)	0,0	15,7 (8,4-22,9)	0,0	0,0
Cocaïne		7,1 (2,0-11,7)	21,7 (13,9-30,7)	15,5 (9,9-22,3)	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres		7,1 (2,0-11,7)	-	-	-	-	-	2,3 (0,6-5,3)

4.5 EXPOSITION AUX MASS MÉDIAS

Les médias de masse que sont la radio et la télévision sont des voies de communication essentielles utilisées pour la diffusion des messages de prévention et même de prise en charge du VIH/SIDA. L'exposition des populations à ces médias a été donc explorée. Ces informations devraient pouvoir servir les futurs programmes de lutte contre le SIDA.

Au cours de cette enquête, l'évaluation a «été faite sur la base de l'écoute de la radio et le visionnement de la télévision au cours des quatre dernières semaines qui ont précédés l'enquête (Cf. Tableau ci-dessous).

En général, dans tous les groupes, deux répondants sur trois ont écouté la radio au cours des quatre semaines avant l'enquête. Les proportions de ceux ayant écouté la radio tous les jours sont de 41,1% chez les HU, 39,0 chez les pêcheurs, 33,1% chez les routiers, 30,9 chez les TB, 28,7% chez les jeunes, 26,7% chez les PS, 22,2% chez miniers, et 7,2% chez les populations carcérales. Les répondants ont aussi été exposés à la télévision autant que la radio. Cependant, les populations carcérales ont été moins exposées aux medias (Radio et télévision).

Tableau 6 : Proportion des enquêtés ayant écouté la radio et regardé la télévision au cours des 4 dernières semaines précédant l'enquête. ESCOMB 2015. Guinée

Caractéristiques	Jeunes	HU	Miniers	PS	PE	Routiers	TB	PC
	n=2369	n=1556	n=998	n=2011	n=679	n=821	n=482	n=824
Ecoute de la Radio pendant les quatre dernières semaines								
	Fréquence d'écoute de la Radio pendant les 4 dernières semaines							
Tous-les-jours	28,7	41,1	22,2	28,7	39,0	33,1	30,9	7,2
Une-fois-par-semaine	28,6	29,5	41,3	28,6	29,5	31,8	24,3	18,4
Moins d'une fois par semaine	9,3	3,7	7,3	9,3	17,7	7,3	2,7	2,5
N a-pas-écouté	17,6	6,5	0,1	17,6	8,7	21,2	13,1	32,9
Ne-coute-pas-la-radio	15,6	0,2	26,1	15,6	4,6	5,4	28,8	-
Ne-sait-pas	0,2	0,2	2,4	0,2	0,1	0,5	0,2	1,5
Pas de réponse					0,4	0,7	-	3,3
Regarder la télévision pendant les quatre dernières semaines								
	Fréquence de regard de la télévision au cours des 4 dernières semaines							
Tous-les-jours	38,2	35,7	32,1	38,2	34,3	17,4	42,7	7,5
Une-fois-par-semaine	26,8	24,9	38,7	26,8	39,0	39,1	13,9	21,1
Moins-d'une-fois-par-semaine	7,0	3,5	7,4	7,0	17,5	9,1	11,8	1,3
Pas-regarde-quatre-semaines	14,9	6,7	19,4	14,9	9,0	26,7	7,1	34,2
Ne-regarde-pas la télé	11,4	0,4	1,5	11,4	0,1	7,2	23,7	0,6
Ne-sait-pas	1,4	0,2	0,7	1,4		0,5	0,8	1,1
Non-réponse	0,3		0,1	0,3				2,5

4.6 COMPORTEMENT SEXUEL ET UTILISATION DU PRÉSERVATIF

Dans cette section, nous avons analysé les comportements sexuels des groupes cibles à savoir leur activité sexuelle, l'âge aux premiers rapports sexuels et l'utilisation du préservatif.

4.6.1 ACTIVITÉS SEXUELLES

Le graphique ci-dessous montre qu'à l'exception des jeunes de 15 à 24 ans, la quasi-totalité des répondants des groupes est sexuellement active. La proportion de ceux qui ont déjà eu des relations sexuelle varie de 99% à 100%. Chez les jeunes, elle est de 71% ; ceci montre qu'ils sont pour la plupart sexuellement actifs avec tous les risques qu'ils courent d'attraper les infections sexuellement transmissibles y compris le VIH sida. D'où l'intérêt d'avoir des interventions de préventions primaire efficaces.

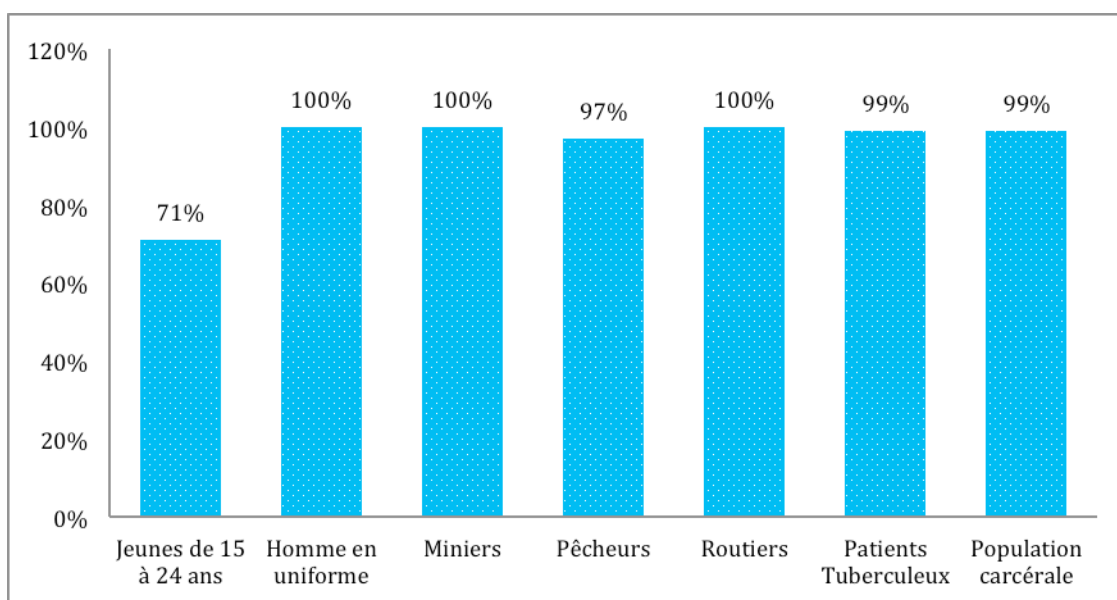


Figure 2 : Proportion (en %) des répondants par groupes cibles ayant déjà eu des rapports sexuels avant la réalisation de la présente enquête

4.6.2 PREMIER RAPPORT SEXUEL

4.6.2.1 Age au premier rapport sexuel

L'âge auquel les jeunes garçons et filles entrent dans la vie sexuelle correspond à l'âge critique d'augmentation de leur risque d'infection aux IST/VIH. Cette partie s'intéresse particulièrement à l'étude des activités sexuelles précoces. Ainsi, il ressort du tableau ci-dessous que l'âge moyen au premier rapport sexuel varie de 20 ans \pm 2 chez les jeunes à 34 ans chez les autres groupes. En prenant le cas particulier des jeunes, on note l'âge minimum au premier rapport sexuel est de 10 ans et le maximum est de 24 ans ; ceci montre la précocité des rapports sexuels chez les jeunes.

Tableau 7: Age au premier rapport sexuel des répondants des groupes cibles de l'enquête

Cibles	Age moyen \pm SD	Age médian \pm IIQ
Jeunes de 15 à 24 ans	20 \pm 02	20 \pm 01
Homme en uniforme	34 \pm 02	35 \pm 01
Miniers	34 \pm 02	34 \pm 02
Profession de sexe	25 \pm 01	24 \pm 03
Pêcheurs	34 \pm 02	34 \pm 01
Routiers	33 \pm 01	33 \pm 01
Patients Tuberculeux	31 \pm 01	30 \pm 02
Population carcérale	32 \pm 02	34 \pm 01

4.6.2.2 Rapports sexuels avant 15 ans

En dépit du fait que tous les jeunes adolescents interviewés soient des célibataires c'est-à-dire des personnes qui n'ont jamais été mariés, 10,27% ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel avant d'atteindre leur quinzième anniversaire. Il ressort du graphique ci-dessous qu'au sein des autres groupes cibles, la précocité des rapports sexuels est plus remarquable chez la population carcérale (26,70%) et chez les routiers (22,77%).

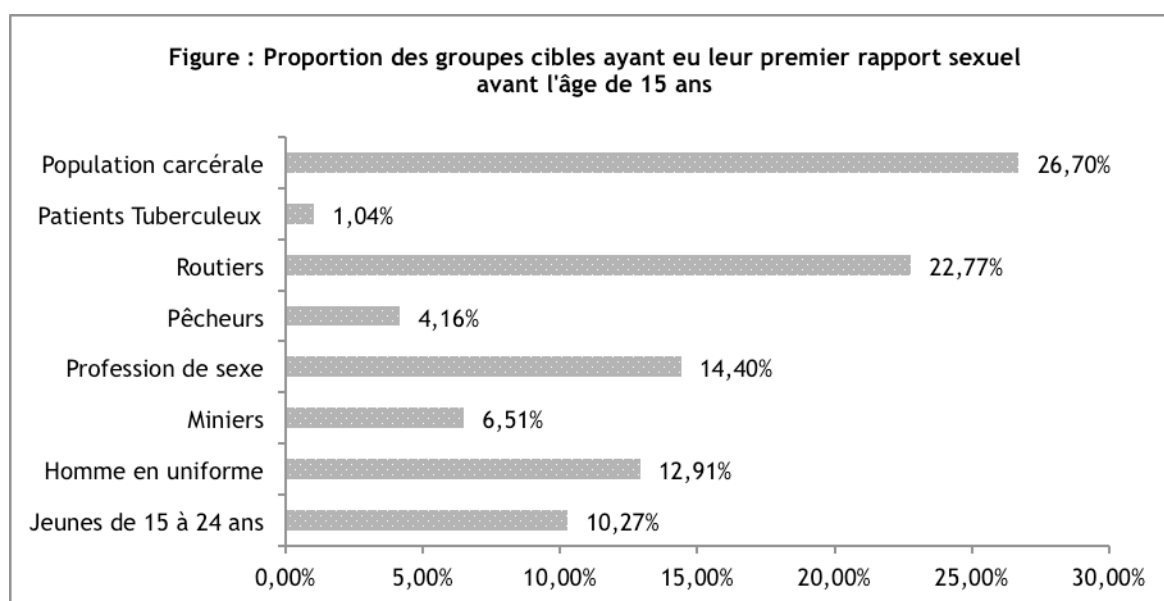


Figure 3 : Proportion des groupes cibles ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans

4.6.3 UTILISATION DU PRÉSERVATIF

La section sur l'activité sexuelle a montré une sexualité importante dans tous les groupes ainsi qu'une précocité particulière au sein des populations carcérales et les routiers. La présente section étudie le niveau d'utilisation du préservatif, élément essentiel de prévention des IST/VIH au sein des personnes sexuellement actives. Il sera question de coupler l'activité

sexuelle avec l'utilisation de cette méthode de prévention et d'explorer entre autres l'utilisation au premier rapport sexuel et l'utilisation au cours du dernier rapport sexuel au cours des 12 derniers mois.

4.6.3.1 Utilisation du préservatif au premier rapport sexuel

Tout rapport sexuel non protégé, qu'il soit le premier ou autre, est à risque d'infection sexuellement transmissible y compris le VIH. Dans ce sous chapitre, nous avons cherché à évaluer l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel. Il ressort du tableau ci-dessous que la proportion d'utilisation du préservatif lors du premier acte sexuel en dehors du mariage varie de 3,40% chez la population carcérale à 49,10% chez les jeunes. Ce résultat montre le risque d'infection que les jeunes courent lors du premier acte sexuel.

Tableau 8 : Proportion (%) d'utilisation du préservatif par groupe cible lors du premier rapport sexuel

Cibles	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Jeunes de 15 à 24 ans	1682	49,10	46,71 - 51,48
Homme en uniforme	1556	25,00	21,75 - 28,24
Miniers	998	26,20	20,68 - 31,71
Profession de sexe	2011	21,10	16,58 - 25,61
Pêcheurs	673	22,90	13,24 - 32,55
Routiers	821	27,30	16,47 - 50,36
Patients Tuberculeux	477	33,20	16,03 - 50,36
Population carcérale	816	3,40	2,28 - 9,08

4.6.3.2 Utilisation du préservatif avec les différents types de partenaires au dernier rapport sexuel au cours des 12 derniers mois

L'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel traduit mieux que tout autre indicateur le niveau de son utilisation générale. Selon le tableau ci-dessous, le taux d'utilisation générale du préservatif varie selon les groupes cibles. Les proportions varient de 60,60% chez les jeunes à 92,80% chez les professionnelles de sexe.

Tableau 9 : Proportion (%) d'utilisation du préservatif avec les différents types de partenaires au dernier rapport sexuel au cours des 12 derniers mois

Cibles	Répondants	Pourcentage (%)	IC à 95 (%)
Jeunes de 15 à 24 ans	453	60,60	56,61 - 65,09
Homme en uniforme	412	66,10	59,19 - 73,00
Miniers	321	81,80	73,27 - 90,32
Profession de sexe	2011	92,80	89,94 - 95,65
Pêcheurs	235	82,10	67,19 - 97,00
Routiers	303	78,60	62,20 - 94,99
Patients Tuberculeux	321	76,47	57,62 - 95,31
Population carcérale	218	66,70	38,10 - 95,29

4.7 CONNAISSANCE ET ANTÉCÉDENTS D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

4.7.1 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Les IST, comme leurs noms indiquent, se transmettent essentiellement au cours des rapports sexuels non protégés, favorisent la transmission de l'infection par le VIH d'une personne infectée à une autre non infectée. En effet, elles fragilisent la muqueuse des organes génitaux et la rendent plus perméable au virus responsable du SIDA. Ces maladies se manifestent de plusieurs façons qui peuvent être différentes chez l'homme et chez la femme selon le type d'IST.

Dans ce chapitre, nous avons évalué le niveau de connaissance des répondants et recherché les antécédents et la prévalence des infections sexuellement transmissibles selon l'approche syndromique.

4.7.2 CONNAISSANCE DES IST

La majorité des groupes cibles interrogés au cours de cette enquête ont affirmé avoir entendu parler des infections sexuellement transmissibles. La proportion de ceux ayant fait cette affirmation varie de 76% chez les jeunes de 15-24 ans à 100% chez les professionnelles de sexe. La faible proportion chez les jeunes pourrait s'expliquer par la baisse des interventions de prévention primaire à l'attention des jeunes. Ceci en raison de la réduction des financements de la prévention comme l'indiquent des différents rapports de progrès élaboré par le comité national de lutte contre le Sida de la Guinée ces dernières années.

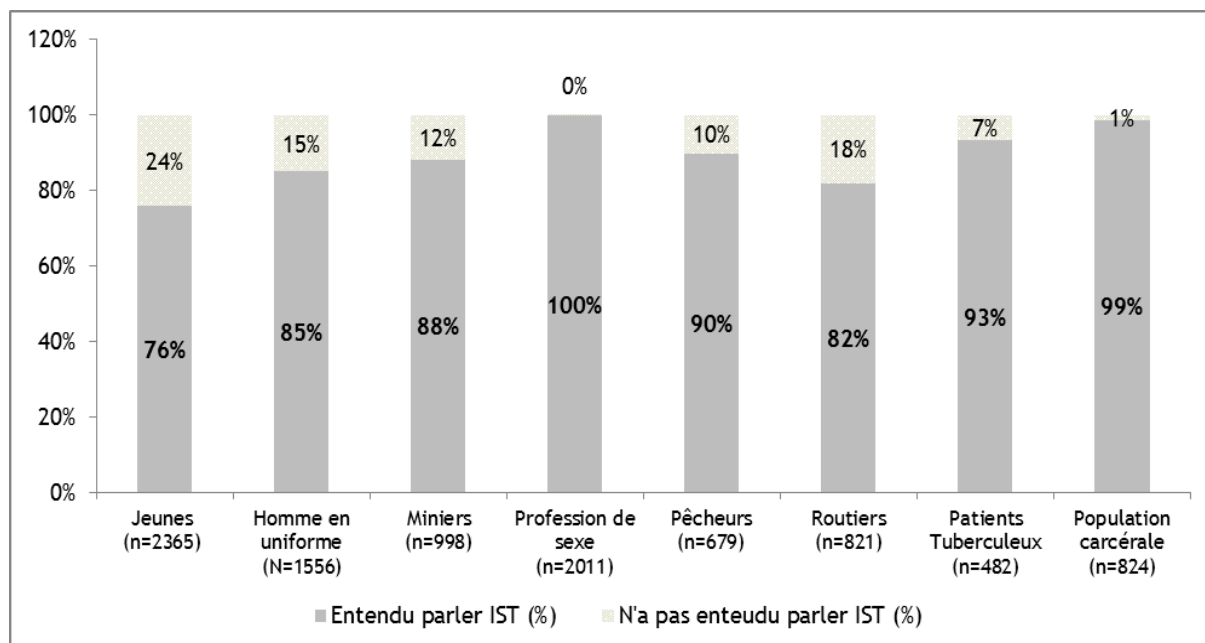


Figure 4 : Proportions (%) des différents ayant déclaré avoir entendu parler des IST

4.7.3 CONNAISSANCE DES SIGNES D'IST

Dans cette section, la connaissance des signes d'IST est analysée en fonction du nombre de signes connus. Pour mieux étudier cette partie, nous avons spécifié les signes selon qu'ils apparaissent chez la femme ou chez l'homme. Ainsi, les signes d'IST retenus pour la femme sont : douleur abdominale, perte génitale, écoulement vaginal, brûlure en urinant, plaie sur le sexe, tuméfaction inguinale et démangeaison sur le sexe. Chez l'homme, nous avons retenu : écoulement vaginal, douleur en urinant, plaie sur le sexe et tuméfaction inguinale.

4.7.4 SIGNES D'IST CHEZ LA FEMME

Le tableau ci-dessous montre que la quasi-totalité des professionnelles de sexe ont cité les principaux signes d'IST chez la femme avec des proportions variant entre 94% (Douleur abdominale) à 97% (démangeaison sur le Sexe). Les activités de sensibilisation et de prise en charge mobiles des IST chez les professionnelles de sexe menées par l'ONG FMG à travers son projet FEV et la GIZ à travers la subvention Round du Fonds mondial pour être une des raisons qui expliquerait ce bon niveau de connaissances des signes d'IST chez la femme par les professionnelles de sexe.

Chez les jeunes, le signe le plus cité est perte génitale (51.2%), suivi par la douleur abdominale (42.9%). Ce dernier signe est le plus cité pour le reste des populations cibles de cette enquête avec respectivement 65.7%, 54.7%, 48.4%, 69.9%, 52.2% et 50.49% chez les hommes en uniforme, les miniers, les pêcheurs, les routiers, les patients tuberculeux et la population carcérale. La tuméfaction inguinale reste moins citée par l'ensemble des groupes cibles sauf les professionnelles de sexe (Cf. tableau ci-dessous).

Tableau 10 : Signes des IST chez les femmes cités par les répondants

	Jeunes de 15 à 24 ans	Homme en uniforme	Miniers	Professionnelles de sexe	Pêcheurs	Routiers	Patients Tuberculeux	Population carcérale
Conakry								
Douleur abdominale	53,7	70,9		95,9	49,2	92,6	50,3	44,4
Pertes génitales	71,1	55,2		97,2	41,3	86,8	36,8	27,8
Écoulement vaginal qui pue	51,1	42,5		97,0	28,6	86,8	27,6	27,8
Brûlure en urinant	54,4	41,5		94,8	22,5	92,6	19,5	5,4
Plaies sur le sexe	33,0	42,1		96,3	11,9	86,8	2,2	12,5
Tuméfactions inguinales	21,5	17,9		96,1	6,1	86,8	11,4	19,9
Démangeaisons au sexe	41,9	26,8		96,9	7,0	89,7	0,5	8,2
N	270	429		1143	329	68	370	367
Boké								
Douleur abdominale	40,8	56,5	51,3	92,7	47,3	77,3		
Pertes génitales	54,5	34,8	21,8	97,9	41,3	60,6		
Écoulement vaginal qui pue	26,8	43,8	12,3	98,3	27,0	37,9		
Brûlure en urinant	25,8	42,4	27,6	96,2	26,0	28,8		
Plaies sur le sexe	22,5	31,4	22,4	96,2	13,5	30,3		
Tuméfactions inguinales	8,0	7,6	1,9	95,8	2,1	18,2		
Démangeaisons au sexe	25,8	29,3	17,9	96,5	2,5	27,3		
N	213	92	308	288	281	66		
Kindia								
Douleur abdominale	6,3	56,8	57,8	93,9		40,0		47,6
Pertes génitales	52,0	28,4	17,6	92,7		33,3		38,9
Écoulement vaginal qui pue	13,5	20,5	11,8	98,8		17,8		38,9
Brûlure en urinant	13,5	44,3	35,3	96,3		13,3		7,1
Plaies sur le sexe	8,5	16,6	24,5	86,6		7,8		11,1
Tuméfactions inguinales	6,3	5,1	0,0	92,7		1,1		18,3
Démangeaisons au sexe	2,2	18,8	30,4	100,0		15,6		7,9
N	223	176	102	82		90		126
Mamou								
Douleur abdominale	64,9	71,8		92,2		79,1		
Pertes génitales	33,1	58,8		99,0		52,2		
Écoulement vaginal qui pue	18,1	34,9		98,0		34,8		
Brûlure en urinant	37,5	41,2		98,0		28,7		
Plaies sur le sexe	20,2	44,1		98,0		46,1		
Tuméfactions inguinales	12,5	11,8		100,0		10,4		
Démangeaisons au sexe	14,5	22,4		94,1		24,3		
N	248	85		102		115		
Labé								
Douleur abdominale	33,6	55,1		100,0		97,2		
Pertes génitales	26,4	43,8		100,0		83,3		
Écoulement vaginal qui pue	6,4	30,9		100,0		55,6		
Brûlure en urinant	40,0	47,2		100,0		45,4		
Plaies sur le sexe	48,0	48,3		100,0		47,2		
Tuméfactions inguinales	0,0	7,9		100,0		6,5		
Démangeaisons au sexe	6,4	12,4		100,0		32,4		
N	125	89		14		108		
Faranah								

	Jeunes de 15 à 24 ans	Homme en uniforme	Miniers	Professionnelles de sexe	Pêcheurs	Routiers	Patients Tuberculeux	Population carcérale
Douleur abdominale	55,9	61,3	57,1	97,1		50,9		
Pertes génitales	75,7	64,0	56,3	94,1		57,9		
Écoulement vaginal qui pue	34,6	44,2	18,8	94,1		26,3		
Brûlure en urinant	43,4	45,3	34,8	94,1		29,8		
Plaies sur le sexe	33,8	50,0	20,5	88,2		28,1		
Tuméfactions inguinales	16,9	17,3	2,7	97,1		10,5		
Démangeaisons au sexe	30,1	44,0	19,6	94,1		36,8		
N	136	75	112	34		57		
Kankan								
Douleur abdominale	56,9	61,7	36,4	91,9		48,2		48,5
Pertes génitales	54,4	60,5	31,3	98,2		52,9		42,7
Écoulement vaginal qui pue	47,7	68,7	15,7	97,3		34,1		42,7
Brûlure en urinant	60,9	56,3	28,6	96,4		38,8		15,5
Plaies sur le sexe	47,7	77,7	19,4	96,8		35,3		33,0
Tuméfactions inguinales	26,3	25,1	8,3	97,7		20,0		22,3
Démangeaisons au sexe	16,7	34,7	16,1	97,7		31,8		22,3
N	281	167	217	222		85		103
Nzérékoré								
Douleur abdominale	28,7	73,1	85,9	96,8		64,7	50,3	63,3
Pertes génitales	41,6	72,6	71,1	95,2		45,9	36,8	47,2
Écoulement vaginal qui pue	38,9	135,6	59,9	96,8		50,6	27,6	47,2
Brûlure en urinant	42,9	68,9	64,1	95,2		64,7	19,5	33,9
Plaies sur le sexe	19,8	123,2	58,5	91,1		51,8	2,2	40,4
Tuméfactions inguinales	14,5	50,5	57,0	93,5		43,5	11,4	35,8
Démangeaisons au sexe	12,5	56,6	61,3	98,4		60,0	0,5	40,4
N	303	212	142	124		85	80	218
Ensemble Guinée								
Douleur abdominale	42,9	65,7	54,7	94,8	48,4	69,9	52,2	50,49
Pertes génitales	51,2	53,7	36,0	97,2	41,3	58,8	39,1	36,60
Écoulement vaginal qui pue	32,1	50,1	21,6	97,3	27,9	42,6	30,7	14,61
Brûlure en urinant	40,9	48,8	35,5	95,4	24,1	41,7	19,8	22,35
Plaies sur le sexe	28,1	50,4	27,5	95,6	12,6	41,5	2,2	20,88
Tuméfactions inguinales	14,5	20,5	12,3	96,2	4,3	22,4	11,1	24,20
Démangeaisons au sexe	19,1	31,4	26,1	97,0	4,9	37,8	0,4	18,55
N	1799	1325	881	2009	610	674	450	814

4.7.5 SIGNES D'IST CHEZ L'HOMME

Comme pour des signes d'IST chez la femme, le tableau ci-dessous montre aussi que la quasi-totalité des professionnelles de sexe ont cité les principaux signes d'IST chez la femme avec des proportions variant entre 97% (Douleur abdominale) à 98% (reste des signes).

Chez les jeunes, le signe le plus cité est la douleur en urinant (77,11%), suivi par la plaie sur le sexe (66,8%), La prédominance de ces deux signes pourrait s'expliquer par le fait qu'ils font partie des signes qui attirent de plus l'attention des jeunes à cause de leur manifestation douloureuse. Ces signes font partie de ceux plus cités par les autres groupes cibles de notre enquête (Cf, tableau ci-dessous). Cependant, il faut rappeler que les autres signes révélateurs

d'IST restent chez les hommes restent peu cité, d'où l'intérêt d'intensifier les activités d'éducation à la vie sexuelle et à la prévention primaire des IST chez les groupes cibles.

Tableau 11: Signes des IST chez les hommes cités par les répondants

	Jeunes de 15 à 24 ans	Homme en uniforme	Miniers	Professionnelles de sexe	Pêcheurs	Routiers	Patients Tuberculeux	Population carcérale
Conakry								
Écoulement génital	38,9	56,4		97,5	62,6	88,2	53,5	53,1
Douleur en urinant	78,1	68,5		97,8	59,9	92,6	60,3	34,3
Plaies sur le sexe	58,9	56,2		98,5	18,5	94,1	42,7	30,8
Tuméfactions inguinales	23,0	20,7		98,9	10,0	86,8	24,1	6,3
N	270	429		1143	329	68	370	367
Boké								
Écoulement génital	86,9	44,6	20,8	95,5	42,0	57,6		
Douleur en urinant	97,7	57,6	48,4	97,9	54,4	62,1		
Plaies sur le sexe	99,1	45,7	30,5	97,9	15,3	48,5		
Tuméfactions inguinales	90,1	12,0	4,2	95,5	3,2	19,7		
N	213	92	308	288	281	66		
Kindia								
Écoulement génital	14,8	35,8	54,9	98,8		23,3		54,0
Douleur en urinant	34,5	54,5	45,1	100,0		31,1		44,4
Plaies sur le sexe	10,8	34,1	42,2	100,0		27,8		32,5
Tuméfactions inguinales	0,0	10,8	9,8	96,3		2,2		11,1
N	223	176	102	82		90		126
Mamou								
Écoulement génital	80,6	61,2		99,0		72,2		
Douleur en urinant	96,0	60,0		100,0		58,3		
Plaies sur le sexe	93,1	70,6		96,1		62,6		
Tuméfactions inguinales	84,3	11,8		97,1		13,0		
N	248	85		102		115		
Labé								
Écoulement génital	74,4	57,3		71,4		87,0		
Douleur en urinant	68,0	56,2		100,0		76,9		
Plaies sur le sexe	80,8	59,6		100,0		67,6		
Tuméfactions inguinales	61,6	7,9		100,0		20,4		
N	125	89		14		108		
Faranah								
Écoulement génital	47,8	73,3	49,1	94,1		64,9		
Douleur en urinant	72,1	66,7	48,2	100,0		38,6		
Plaies sur le sexe	60,3	60,0	43,8	100,0		49,1		
Tuméfactions inguinales	16,2	25,3	14,3	100,0		19,3		
N	136	75	112	34		57		
Kankan								
Pertes génitales	54,4	71,3	29,5	97,3		49,4		51,5
Douleur en urinant	51,6	74,3	33,6	99,1		54,1		57,3

	Jeunes de 15 à 24 ans	Homme en uniforme	Miniers	Professionnelles de sexe	Pêcheurs	Routiers	Patients Tuberculeux	Population carcérale
Plaies sur le sexe	63,3	61,1	29,0	99,1		45,9		49,5
Tuméfactions inguinales	32,4	30,5	13,4	99,5		22,4		24,3
N	281	167	217	222		85		103
Nzérékoré								
Ecoulement génital	49,2	67,5	71,1	97,6		50,6	63,8	53,7
Douleur en urinant	74,3	74,5	79,6	96,0		67,1	76,3	55,5
Plaies sur le sexe	71,0	70,8	70,4	98,4		63,5	60,0	49,5
Tuméfactions inguinales	36,6	49,5	58,5	95,2		43,5	16,3	33,5
N	303	212	142	124		85	80	218
Ensemble Guinée								
Ecoulement génital	54,6	57,8	38,6	97,1	53,1	62,0	55,3	53,19
Douleur en urinant	71,5	66,1	49,4	98,1	57,4	60,4	63,1	44,47
Plaies sur le sexe	66,8	56,8	39,6	98,5	17,0	57,4	45,8	38,45
Tuméfactions inguinales	42,5	23,5	17,1	98,1	6,9	26,4	22,7	16,58
N	1799	1325	881	2009	610	674	450	814

4.7.6 ANTÉCÉDENTS D'IST

Dans cette section, nous avons focalisé notre analyse sur la survenue de deux signes au cours des 12 derniers mois notamment : liquide anormal sortant du sexe et/ou plaie sur le sexe. Ainsi, le tableau ci-dessous montre que proportion de ceux ayant eu un liquide anormal sortant du sexe au cours de 12 derniers mois est plus élevé chez les professionnelles de sexe (23.75%), suivies par les patients tuberculeux (18.44%). En ce qui concerne la plaie sur le sexe, elle reste plus fréquente encore chez les professionnelles de sexe (19.07%), suivies par les jeunes de 15 à 24 ans (16.6%).

Tableau 12 : Antécédents d'IST au cours des 12 derniers mois selon les déclarations des répondants

	Effectifs	Avez- vous eu un liquide anormal qui sort de votre sexe au cours des 12 derniers mois ? (%)	Avez- vous eu des plaies sur le sexe au cours des 12 derniers mois ? (%)	Prévalence IST (Ecoulement et/ou plaie sur le Sexe) (%)
Jeunes de 15 à 24 ans	2369	7,90	16,6	23,79
Homme en uniforme	1325	6,89	3,84	9,70
Miniers	881	8,17	3,74	7,03
Profession de sexe	2009	23,75	19,07	35,50
Pêcheurs	610	3,93	4,26	6,40
Routiers	674	9,34	4,50	12,76
Patients Tuberculeux	450	18,44	1,22	20,22
Population carcérale	814	8,23	8,72	11,67

4.7.7 PRÉVALENCE DES IST

Pour déterminer la prévalence des ITS au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête, nous avons considéré la survenue d'un ou deux signes susmentionnés. Ainsi, le tableau ci-dessous montre que la prévalence des IST est plus élevée chez les professionnelles de sexe (35,50%, IC : 33,50 – 37,70), suivies par les jeunes de 15-24 ans (23,79%, IC : 21,90 – 25,80). La prévalence élevée des IST chez les professionnelles de sexe et les jeunes pour être liée à la fréquence des rapports sexuels (PS) et/ou non respects des précautions de prévention des IST (Jeunes adolescent qui ont récemment débuté les activités sexuelles).

Tableau 13 : Prévalence des IST au cours des 12 derniers selon les déclarations des répondants

Cibles	Répondants	Pourcentage	IC à 95
Jeunes de 15 à 24 ans	2369	23,79	21,90 - 25,80
Homme en uniforme	1325	9,70	8,15 - 11,32
Miniers	881	7,03	5,33 - 8,63
Profession de sexe	2009	35,50	33,50 - 37,70
Pêcheurs	610	6,40	4,40-8,40
Routiers	674	12,76	10,40-15,30
Patients Tuberculeux	450	20,22	16,40 -24,00
Population carcérale	814	11,67	9,60 -14,00

Le tableau ci-dessous présente la variation de la prévalence des IST selon les caractéristiques sociodémographiques. Ainsi, chez les jeunes, la prévalence des IST reste plus élevée en milieu qu'en milieu rural. Cette différence n'est pas statistiquement significative. Ceci montre que la prévalence des IST ne varie pas selon le milieu de résidence chez les jeunes. A cet effet, des interventions de prévention doivent cibler le zones urbaines tout comme les zones rurales. En matière de région administrative, la prévalence des IST chez les jeunes est plus élevée à Labé, Boké et Mamou avec des proportions respectives de 39%, 37% et 34%. Chez les professionnelles de sexe, cette prévalence varie de 21% (Labé) à 43% (Kankan). En prenant en compte l'aspect âge, nous constatons que la prévalence des IST ne varie presque pas selon la tranche d'âge chez les professionnelles de sexe. Il faut par ailleurs souligner que la prévalence est très élevée chez les hommes en uniforme âgés de 15 à 24 ans (50%).

Tableau 14 : Prévalence des IST au cours des 12 derniers en fonction des caractéristiques sociodémographiques des répondants

Caractéristiques	Jeunes de 15 à 24 ans	Homme en uniforme	Miniers	Profession de sexe	Pêcheurs	Routiers	Patients Tuberculeux	Population carcérale
Tranche d'âge								
15 - 19 ans	22,0	50,0	0,0	36,8	0,0	15,4	25,4	
20 - 24 ans	24,6	19,4	8,3	34,3	6,3	8,8	20,0	10,1
25 - 29 ans		7,0	10,3	36,3	9,4	13,4	23,2	10,2
30 - 34 ans		6,6	5,8	36,7	3,3	14,7	15,3	12,9
35 - 39 ans		10,9	8,0	35,5	8,6	15,5	6,8	11,5
40 - 44 ans		10,1	3,7	32,4	7,7	9,7	34,0	9,9
45 - 49 ans		9,3	6,5	46,2	2,0	10,2	15,7	19,4
Ensemble	23,79	9,66	7,04	35,49	6,40	12,76	20,2	11,7
Sexe								
Masculin	30,4	9,0	7,1		6,9	12,4	20,5	11,7
Féminin	8,2	13,7	6,9		2,8	36,4	20,0	11,7
Ensemble	23,8	9,7	7,0		6,40	12,76	20,2	11,7
Milieu de résidence								
Urbain	24,1	9,7	8,5	34,0	5,9	13,3	20,2	12,6
Rural	23,6	7,7	6,9	47,0	7,1	10,6		9,5
Ensemble	23,8	9,7	7,0	35,5	6,4	12,8	20,2	11,7
Région								
Conakry	13,3	9,6		32,3	6,4	7,4	19,2	6,0
Boké	37,1	4,3	1,6	37,8	6,4	27,3		
Kindia	7,6	1,1	0,0	31,7		7,8		9,5
Mamou	34,3	3,5		48,0		9,6		
Labé	39,2	3,4		21,4		6,5		
Faranah	19,9	6,7	10,7	38,2		14,0		
Kankan	21,7	12,0	8,8	43,2		12,9		18,4
Nzérékoré	24,4	23,6	18,3	38,7		22,4	25,0	19,3
Ensemble	23,8	9,7	7,0	35,5	6,40	12,76	20,2	11,7

4.8 EXPOSITION A L'INFORMATION SUR LE SIDA ET CONNAISSANCE DES METHODES DE PREVENTION

En matière de santé, prévenir vaut mieux que guérir. Cependant, pour prévenir il faut avoir un minimum d'informations et donc de connaissances sur le VIH/sida et ses méthodes de prévention. Le tableau ci-dessous présente les proportions de ceux qui ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida (Cf. Tableau..).

4.8.1 Exposition à l'information sur le SIDA

Tableau 15 : Proportions des groupes cibles ayant déclaré avoir entendu parler du VIH

Cibles	Répondants	Pourcentage	IC à 95%
Jeunes	2369	98,27	97,67 - 98,78
Homme en uniforme	1556	92,54	91,26 - 93,77
Miniers	998	94,09	92,48 - 95,49
Profession de sexe	2011	100,00	100,00 - 100,00
Pêcheurs	694	98,70	97,83 - 99,42
Routiers	821	97,08	95,86 - 98,17
Patients Tuberculeux	482	98,96	97,92 - 99,79
Population carcérale	837	96,54	95,34 - 97,74

La presque totalité des répondants des groupes cibles de cette enquête ont déjà entendu parler du VIH ou du SIDA. Les professionnelles de sexe sont les plus nombreux, en termes de proportions, à déclarer avoir entendu parler du VIH ou du Sida (100%). Dans tous les autres groupes, cette proportion est en dessous de 90%. Ceci est la résultante des publicités qui ont eu lieu au tour de l'infection par le VIH depuis sa découverte, il y a de cela 20 ans.

4.8.2 Connaissance des moyens de prévention

Des trois méthodes de prévention contre le VIH généralement promues, au regard du tableau ci-dessous, l'utilisation régulière et correcte du préservatif est bien connue car elle a été citée par plus de 65% des répondants. La méthode la plus citée est l'abstinence sexuelle avec des proportions comprises entre 69,39% chez les routiers et 91,09% chez les pêcheurs. La fidélité à un seul partenaire sexuel non infecté est la méthode la moins citée par les répondants de cette étude. La proportion des répondants qui ont cité cette méthode varie entre 38% chez les pêcheurs et 75% chez les patients tuberculeux.

Nous nous sommes aussi intéressés à l'évaluation de la proportion de chacun des groupes cibles qui ont cité à la fois les trois principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH. Ainsi, cette proportion est plus élevée chez les patients tuberculeux (57%) et chez les professionnelles de sexe (53%). Ainsi, la proportion des répondants qui connaissent simultanément toutes ces trois méthodes est relativement faible dans tous les autres groupes avec un minimum de 29% chez les pêcheurs et un maximum de 48% chez les Jeunes (cf. Tableau ci-dessous).

Tableau 16 : Proportion des répondants qui ont cité les trois principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH. ESCOMB 2015. Guinée.

Cibles	Utilisation correcte du préservatif		Fidélité		Abstinence		Ayant cité à la fois les trois moyens	
	Répondants	%	Répondants	%	Répondants	%	Répondants	%
Jeunes	2328	76,42	2328	69,20	2328	74,66	2328	48,80
Homme en uniforme	1440	88,47	1440	57,29	1440	84,51	1440	46,67
Miniers	939	85,73	939	67,20	939	82,43	939	51,97
Profession de sexe	2011	88,31	2011	71,11	2011	75,58	2011	53,51
Pêcheurs	685	86,42	685	38,25	685	91,09	685	29,93
Routiers	797	74,78	797	68,51	797	69,39	797	46,68
Patients Tuberculeux	477	79,04	477	75,89	477	72,33	477	57,86
Population carcérale	808	66,46	808	66,46	808	76,11	808	47,15

4.8.3 Bonne connaissance

Dans le cadre de cette étude, on considère qu'une personne a une bonne connaissance du VIH et du sida si elle décrit correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejette les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH. Cet indicateur faisait partie des indicateurs des objectifs du millénaire pour le développement. Cet indicateur cible principalement les jeunes de 15 à 24 ans. C'est pourquoi, dans sa description, nous avons mis un accent particulier chez les jeunes. Le tableau ci-dessous présente les proportions des jeunes de 15 à 24 ans qui ont correctement répondu à chacune des cinq qui rendent dans l'évaluation du niveau de connaissance sur le VIH/sida. Il ressort de ce tableau que l'utilisation correcte du préservatif est le principal moyen de prévention cité par les jeunes de cette étude (76,42%). En outre, notons que les fausses idées sur le VIH ont été peu rejetées par ces jeunes. Ainsi, la proportion des jeunes de 15 à 24 ans qui ont bonne connaissance sur le VIH/sida est de 24,70% avec un intervalle de confiance compris entre 22,90% et 26,50%.

Tableau 17 : Proportion des jeunes de 15 à 24 ans ayant répondu correctement aux cinq questions relatives à l'évaluation du niveau de connaissance sur le VIH/sida. ESCOMB 2015. Guinée.

	Question/cibles	Répondants	Pourcentage (%)	IC à 95%
1	Croyez-vous qu'on peut se protéger contre le virus du SIDA en utilisant correctement un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels	2328	76,42	74,65 - 78,05
2	Peut-on se protéger contre le virus du VIH en ayant seulement les rapports sexuels avec un (e) partenaire non infecté(e) qui est fidèle à vous?	2328	69,20	67,18 - 71,01
3	Pensez-vous qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du VIH, virus qui cause le SIDA ?	2328	74,66	72,80 - 76,37
4	Peut-on attraper le virus du VIH par des piqûres de moustiques ?	2328	26,03	24,31 - 27,88
5	Peut-on attraper le virus du VIH en partageant un repas avec une personne infectée (par le VIH) ?	2328	27,32	25,51 - 29,17
Réponses correctes aux Cinq questions		2328	24,70	22,90 - 26,50

Tableau 18 : Niveau de connaissances et rejet des idées fausses chez les jeunes de 15 à 24 ans selon les caractéristiques sociodémographiques. ESCOMB 2015. Guinée.

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)	IC à 95%
Sexe			
<i>Garçon</i>			
	1622	37,11	34,76 - 39,46
<i>Fille</i>	706	23,86	20,72 - 27,00
Tranche d'âge			
<i>15 à 19 ans</i>	816	25,25	22,27 - 28,23
<i>20 à 24 ans</i>	1512	24,40	22,24 - 26,56
Milieu de résidence			
<i>Urbain</i>	932	30,70	27,73 - 33,65
<i>Rural</i>	1396	20,70	22,24 - 26,56
Région			
<i>Conakry</i>	364	37,91	32,93 - 42,89
<i>Boké</i>	239	15,48	10,89 - 20,07
<i>Kindia</i>	302	15,89	11,77 - 20,01
<i>Mamou</i>	277	42,96	37,13 - 48,79
<i>Labé</i>	117	56,41	47,42 - 65,40
<i>Faranah</i>	187	27,27	20,89 - 33,65
<i>Kankan</i>	357	17,09	20,89 - 33,65
<i>Nzérékoré</i>	485	11,34	8,52 - 14,16
Ensemble Guinée	2328	24,70	22,90 - 26,50

On observe que le niveau de connaissances est plus élevé chez les jeunes garçons (37,11%) que chez les jeunes filles (23,86%). Cette différence est statistiquement significative (p). En outre, le niveau de connaissances chez les jeunes est plus élevé en zone urbaine (30,70%) qu'en zone rurale (20,70%) (p). Le faible accès aux informations en zone rurale pourrait être une des raisons qui expliquerait cette différence. On note également une disparité entre les régions administratives. Ainsi, la proportion des jeunes qui ont de bonnes connaissances et qui rejettent les idées fausses sur le VIH/sida est plus faible à N'zérékoré (11,34%) et plus élevée à Conakry et à Labé (37% et 56%).

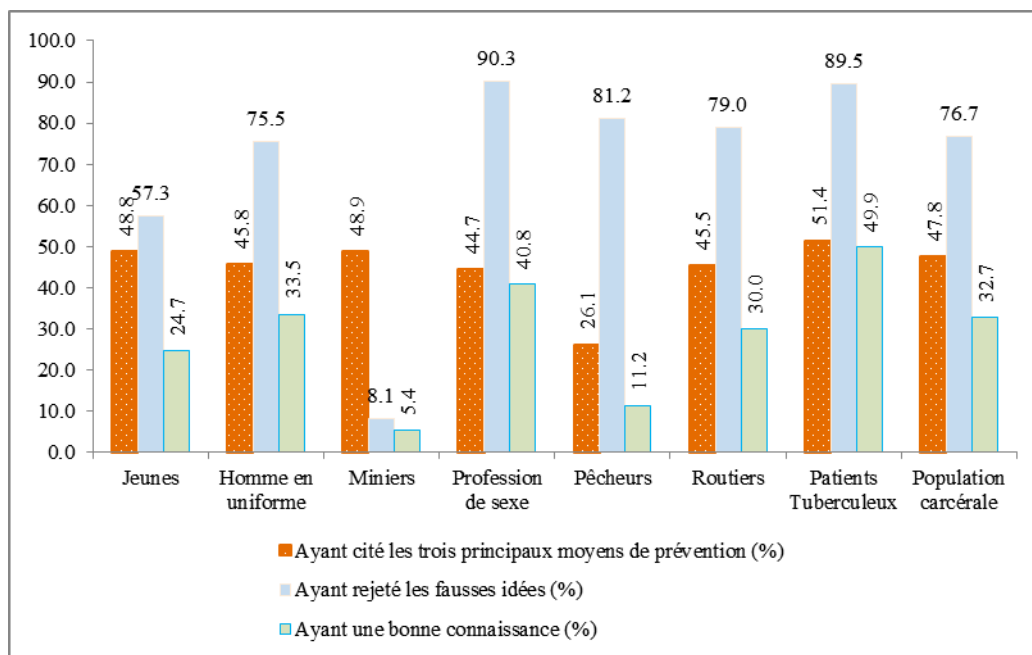


Figure 5 : Niveau de connaissances et rejet des idées fausses sur le VIH/sida selon le groupe cible. ESCOMB 2015. Guinée. Représentation par un histogramme.

Il ressort de la figure ci-dessus que le niveau de connaissances et le rejet des idées fausses sur le VIH/Sida est faible chez les Miniers (5,1%) et élevé chez les professionnelles de sexe (48,9%).

5 ATTITUDES VIS-À-VIS DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH ET DES MALADES DU SIDA

L'amélioration des attitudes face aux personnes vivant avec le VIH est l'un des éléments essentiels pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/Sida.

Ainsi, ont été considérés comme ayant un comportement d'acceptation vis-à-vis des personnes infectées par le VIH les groupes cibles qui acceptent de soigner leur proche parent infecté ou malade du Sida au sein du foyer de:

- continuer à acheter de la nourriture chez un boutiquier ou un vendeur de repas dont ils savent qu'il est infecté par le VIH ;
- laisser un enseignant séropositif sain exercer son métier ;
- garder le secret en famille sur le statut d'un parent infecté par le VIH et
- partager un repas avec une personne qui est infectée par le VIH ou malade du Sida.

Tableau 19 : Proportion des groupes cibles ayant un comportement d'acceptation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH (%)

Cibles	Effectif	Pourcentage	IC à 95
Jeunes de 15 à 24 ans	2328	8,72	7,50 – 9,90

Homme en uniforme	1440	3,68	2,78 – 4,58
Miniers	939	4,05	2,88 – 5,32
Profession de sexe	2011	12,28	10,89 -13,77
Pêcheurs	670	13,28	10,90 – 16,12
Routiers	797	14,93	12,55 – 17,46
Patients Tuberculeux	477	1,47	0,42 – 2,73
Population carcérale	808	2,85	1,73 – 3,96

Ce tableau montre que les routiers sont les plus nombreux, en terme de proportion, d'avoir une attitude d'acceptation des personnes vivant avec le VIH (14,93)%, suivis des pêcheurs (13,28%) et des Professionnelles de sexe (12,28%). D'autres groupes cibles affichent des niveaux d'acceptation inférieurs à 10%. Les plus faibles niveaux ont été enregistrés au niveau des patients tuberculeux (1,47%) et les hommes en uniforme (3,68%).

De ces résultats, il ressort que le niveau d'acceptation des personnes infectées par le VIH est globalement faible quel que soit le groupe cible. Ceci est un aspect qui montre la persistance de la stigmatisation/discrimination des personnes vivant avec le VIH au sein de certains groupes. Cette situation pourrait avoir un impact sur la mise en œuvre des interventions de la riposte au VIH/Sida notamment : le dépistage, le traitement, la prévention verticale... Il est donc important de renforcer les interventions de réduction de la stigmatisation à travers une forte implication des associations de personnes vivant avec le VIH et la communauté.

Tableau 20 : Proportion des groupes cibles ayant un comportement d'acceptation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	Jeunes de 15 à 24 ans (%)	Homme en uniforme (%)	Miniers (%)	Profession de sexe (%)	Pêcheurs (%)	Routiers (%)	Patients Tuberculeux (%)	Population carcérale (%)
Tranche d'âge								
15 - 19 ans	8,46	0,00	0,00	18,05	12,50	33,33	0,00	
20 - 24 ans	8,86	1,37	9,09	7,07	7,58	7,46	0,00	0,72
25 - 29 ans		2,02	0,53	12,46	4,00	11,80	1,02	4,09
30 - 34 ans		4,93	3,38	29,44	12,80	10,86	3,39	2,76
35 - 39 ans		2,41	11,61	23,38	26,22	12,61	0,00	2,79
40 - 44 ans		11,30	0,91	2,94	9,01	16,44	2,04	0,00
45 - 49 ans		2,69	2,12	0,00	8,77	20,95	3,61	9,38
Ensemble	8,72	3,68	4,05	12,28	13,28	14,93	1,47	2,89
Sexe								
Masculin	9,12	3,24	4,00		13,76	14,90	1,33	2,75
Féminin	7,79	6,31	4,39		10,68	16,67	1,59	3,20
Ensemble	8,72	3,68	4,05		13,28	14,93	1,47	2,89
Milieu de résidence								
Urbain	8,15	3,67	4,11	12,46	17,55	14,76		
Rural	9,10	4,00	4,04	10,87	6,30	15,57		
Ensemble	8,72	3,68	4,05	12,28	13,28	14,93		
Région								
Conakry	10,71	5,62		15,55	18,77	1,15	1,27	3,00
Boké	6,28	0,00	5,25	11,46	5,69	20,73	2,44	
Kindia	12,58	1,36	0,89	7,32		12,17		7,20
Mamou	1,08	2,33		0,98		16,41		
Labé	21,37	6,52		7,14		23,64		
Faranah	8,56	2,47	5,26	2,94		6,15		
Kankan	1,96	1,58	1,76	7,21		11,65		0,99
Nzérékoré	12,37	5,63	6,29	8,87		22,43		0,99
Ensemble	8,72	3,68	4,05	12,28	13,28	14,93	1,47	2,89

Le tableau présente les variations des niveaux de tolérance des différents groupes cibles envers les personnes infectées par le VIH selon les caractéristiques sociodémographiques.

6 EXPOSITION AU DÉPISTAGE DU VIH

6.1 Antécédents de dépistage du VIH

Cette section concerne le dépistage du VIH au sein des différents groupes cibles de cette enquête,

Tableau 21: Antécédents au dépistage du VIH dans les groupes cibles. ESCOMB 2015. Guinée.

Cibles	Déjà testés		Testés au cours des 12 derniers mois		Ont reçu les résultats du test effectué au cours des 12 derniers mois	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Jeunes de 15 à 24 ans	2328	23,02	536	34,89	187	68,98
Homme en uniforme	1440	50,49	727	62,72	456	90,79
Miniers	939	83,92	788	92,01	741	93,66
Profession de sexe	2011	97,61	1963	94,95	1860	94,03
Pêcheurs	685	59,27	406	96,55	392	97,96
Routiers	797	94,60	754	92,71	699	98,00
Patients Tuberculeux	477	91,06	463	97,41	451	86,50
Population carcérale	808	80,07	647	80,68	522	95,59

Il ressort de ce tableau que la proportion des groupes cibles qui ont déjà été testés varie de 23% chez les jeunes de 15 à 24 ans à 97% chez les professionnelles de sexe. En ce qui concerne le dépistage au cours des 12 derniers mois, on note que la proportion de ceux qui ont subi un test de dépistage varie de 34% chez les jeunes à 97% chez les patients tuberculeux. La prédominance de la proportion des patients tuberculeux pourrait s'expliquer par le fait qu'ils étaient suivis dans une structure de santé où le test de dépistage est systématique. Par ailleurs, parmi ceux qui ont subi le test du VIH au cours des 12 derniers mois, le retrait du résultat oscille entre 68% chez les jeunes à 97% chez les professionnelles de sexe.

6.2 Connaissance du statut sérologique au VIH

La connaissance du statut sérologique au VIH est un des éléments fondamentaux dans le cadre de la réduction de la propagation de l'infection et de la prise en charge précoce de la maladie. Une prise en charge précoce des malades améliore l'efficacité du programme et permet de sauver plusieurs vies.

Tableau 22 : Pourcentage des groupes cibles qui connaissent leur statut sérologique au VIH. ESCOMB 2015. Guinée.

Cibles	Répondants	Pourcentage (%)	IC à 95%
Jeunes de 15 à 24 ans	2369	5,45	4,53 - 6,36
Homme en uniforme	1556	26,61	23,29 - 29,92
Miniers	998	69,54	58,43 - 70,53
Profession de sexe	2011	86,97	83,24 - 90,69
Pêcheurs	694	55,33	44,08 - 66,57
Routiers	821	83,44	74,41 - 92,46
Patients Tuberculeux	482	80,94	66,57 - 95,10
Population carcérale	824	60,56	45,30 - 75,81

Il ressort de ce tableau que les jeunes et les HU enregistrent des faibles taux de connaissance de leur statut sérologique au VIH. Tous les autres groupes cibles enregistrent un taux supérieur à 50%. Si l'accès au dépistage du VIH chez les jeunes reste conditionné pour beaucoup d'entre eux par le consentement des parents ou des tuteurs, la situation chez les HU reste préoccupante compte tenu de leur mobilité. Les professionnelles de sexe sont parmi les groupes cibles ayant enregistré les meilleurs taux de connaissance de leur statut sérologique au VIH. Ce résultat pourrait être lié aux interventions de dépistage mobile qui sont organisées à leur intention au niveau des différents sites cartographiés.

Le tableau ci-dessous présente les proportions des groupes cibles qui connaissent leur statut sérologique au VIH selon les caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 23 : Proportion des personnes, parmi les groupes cibles, qui connaissent leur statut sérologique au VIH, selon les caractéristiques sociodémographiques. ESCOMB 2015. Guinée.

Caractéristiques	Jeunes de 15 à 24 ans (%)	Homme en uniforme (%)	Miniers (%)	Profession de sexe (%)	Pêcheurs (%)	Routiers (%)	Patients Tuberculeux (%)	Population carcérale (%)
Tranche d'âge								
15 - 19 ans	5,29	12,60	52,74	82,00	85,48	69,14	88,10	
20 - 24 ans	5,55	42,33	76,58	90,45	62,26	85,08	90,71	53,95
25 - 29 ans	NA	27,22	53,00	87,38	43,04	85,29	68,71	54,06
30 - 34 ans	NA	27,78	71,64	74,59	63,29	83,61	98,30	72,11
35 - 39 ans	NA	24,95	66,68	83,09	55,99	85,11	84,81	52,98
40 - 44 ans	NA	20,63	81,33	88,27	52,00	90,62	82,01	66,32
45 - 49 ans	NA	26,16	78,12	0	24,07	82,00	66,33	62,69
Ensemble	5,45	26,61	69,54	86,97	55,33	83,44	80,94	60,56
Sexe								
Masculin	6,12	27,18	68,27	NA	58,98	83,55	76,44	60,94
Féminin	3,98	23,21	79,29	86,97	24,02	76,13	84,96	55,41
Ensemble	5,45	26,61	69,54	86,97	55,33	83,44	80,94	60,56
Milieu de résidence								
Urbain	5,74	26,86	59,38	86,77	55,70	83,41	ND	60,56
Rural	5,27	13,53	70,43	88,55	49,31	83,52	ND	NA
Ensemble	5,45	26,61	69,54	86,97	55,33	83,44	80,94	60,56
Région								
Conakry	3,57	45,84	NA	87,48	54,83	82,73	80,50	64,09
Boké	7,12	13,21	68,56	84,50	51,16	84,32		
Kindia	3,58	12,44	78,26	88,54	NA	90,10		56,37
Mamou	18,81	35,35	NA	92,63	NA	86,89		
Labé	5,59	28,32		92,35	NA	84,12		
Faranah	1,58	23,37	70,73	93,60	NA	73,65		
Kankan	7,16	21,27	59,11	85,44	NA	75,18		54,84
Nzérékoré	25,87	13,41	81,11	82,61	NA	85,44	82,99	54,96
Ensemble	5,45	26,61	69,54	86,97	55,33	83,44	80,94	60,56

NA: Non Applicable, ND: Non disponible

On observe que la proportion des personnes connaissant leur résultat de dépistage du VIH est de 2% chez les jeunes de Faranah, et est de 12% chez les HU de Kindia versus 46% chez les HU de Conakry.

7 PRÉVALENCE DU VIH SELON LE GROUPE CIBLE

Mettre une phrase introductive.

Tableau 24 : Prévalence du VIH selon le groupe cible, ESCOMB 2015. Guinée.

Cible	Nombre de tests réalisés	Nombre de tests positifs	Prévalence (%)	Intervalle de confiance à 95%	
				Inférieur (%)	Supérieur (%)
Jeunes de 15 à 24 ans	2066	34	1.6	1.1	2.2
Homme en uniforme	1543	70	4.5	3.5	5.6
Miniers	981	50	5.1	3.8	6.5
Professionnelles de sexe	1994	284	14.2	12.8	15.8
Pêcheurs	671	31	4.6	2.8	6.4
Routiers	812	34	4.2	2.8	5.7
Patients Tuberculeux	482	113	23.4	19.7	27.6
Population carcérale	796	68	8.5	6.5	10.6

En dehors des jeunes de 15 à 24 ans, la prévalence chez les différents groupes de population de cette enquête est supérieure à la prévalence moyenne nationale chez les 15 à 49 ans. La prévalence la plus élevée a été observée chez les patients tuberculeux (23,4%), suivis des professionnelles de sexe (14,2%) et de la population carcérale. Pour les autres cibles la prévalence varie entre 4 et 5%.

Tableau xx : Prévalence du VIH selon le groupe cible, ESCOMB 2012, ESCOMB 2015. Guinée.

Insérer le tableau

Comparativement à l'enquête de 2012, on note une baisse légère de la prévalence du de l'infection au VIH chez les patients tuberculeux et chez les professionnelles de sexe. Au sein des autres groupes, il y a une stabilisation de la prévalence.

Tableau 25 : Prévalence nationale du VIH par groupe de population cible et par région administrative, ESCOMB 2015-Guinée

Régions administratives	Jeunes		Homme en uniforme		Miniers		Professionnelles de sexe		Pêcheurs	
	Testés	Prévalence (%)	Testés	Prévalence (%)	Testés	Prévalence (%)	Testés	Prévalence (%)	Testés	Prévalence (%)
Conakry	249	3.2%	451	4.9%			1139	18.0%	395	3.5%
Boké	178	1.7%	111	4.5%	375	6.4%	286	18.2%	276	6.2%
Kindia	287	0.7%	241	5.4%	109	3.7%	80	13.8%		
Mamou	264	1.1%	93	7.5%			99	1.0%		
Labé	123	1.6%	91	4.4%			14	7.1%		
Faranah	178	1.1%	85	2.4%	117	4.3%	34	2.9%		
Kankan	289	1.4%	219	4.1%	236	2.1%	220	4.1%		
Nzérékoré	498	2.0%	252	3.2%	144	8.3%	122	3.3%		
Ensemble	2066	1.6%	1543	4.5%	981	5.1%	1994	14.2%	671	4.6%

La prévalence du VIH selon le groupe cible, connaît une disparité selon la région administrative. Les régions de Boké et de Conakry enregistrent la même prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe (18%). La région de Kindia enregistre quant à elle 14% chez le même groupe cible. La région de Mamou, dont la capitale est qualifiée de ville carrefour a une faible prévalence par rapport aux autres régions chez les PS (1%), certainement en raisons des nombreuses intervention qui y sont menées dans le cadre de la riposte au VIH. La situation reste très préoccupante en milieu carcéral où la prévalence du VIH est quatre fois plus élevée que la moyenne nationale quelle que soit la région.

8 CONCLUSION

L'enquête de surveillance comportementale et biologique de 2015 a ciblé huit des neuf groupes à plus à risque notamment : les professionnelles de sexe, les jeunes, les miniers, les routiers, les prisonniers, les tuberculeux, les Hommes en Uniforme et les pêcheurs. Les résultats concernant les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes seront abordés séparément dans un autre rapport. Les résultats de cette étude ont permis de faire des constats suivants :

D'une façon générale, les populations à plus à risque enquêtées sont jeunes. L'âge moyen varie de 20 à 32,7 ans. Les premiers rapports sexuels restent précoces avec un âge moyen au premier acte sexuel variant de 20 ± 02 chez les jeunes à 34 ± 02 ans chez les hommes en Uniforme. L'âge moyen des PS était de 25 ± 01 ans.

ESCOMB 2015 indique que l'épidémie du SIDA est loin d'être contenue. Elle reste toujours importante en République de Guinée au niveau des personnes à plus à risque malgré les efforts fournis par des acteurs et partenaires de la riposte dans le domaine de la prévention. La séroprévalence au sein de cette population varie de 1,6% (IC95% : 1,1-2,2) chez les jeunes à 23,4% (IC95% : 19,7-27,6) chez les patients tuberculeux. Il est à signaler que les tuberculeux présentent une séroprévalence plus élevée (23,4%). Comparativement à l'enquête de 2012, une réduction au niveau des PS (16,7% en 2012 à 14,2% en 2015) a été notée. Pour les groupes cibles comme les jeunes, les routiers, les miniers, les hommes en uniforme, les pêcheurs ; la variation de la prévalence entre 2012 et 2007 n'est pas statistiquement significative. Elle est restée presque identique.

Le niveau de connaissance sur les moyens de prévention et les modes de transmission du VIH varie selon les cibles (29% au niveau des pêcheurs à 57,9% chez les patients tuberculeux. Notre étude montre que l'objectif de 50% a été dépassé chez trois groupes cibles (52,0 % des miniers, 53,5% des PS et 57,9% des patients tuberculeux) et cinq autres cibles ont atteint moins de 50% (48,8 des jeunes, 47,7% des HU, 46,7% des routiers, 47,2% de prisonniers et 29,9% des pêcheurs).

La proportion des populations à plus à risque ayant utilisé des préservatifs avec leur dernier partenaire sexuel dépasse l'objectif national (60%) au niveau de toutes les cibles y compris les jeunes (ayant un taux d'utilisation à 60,60% contre 31,7% en 2012).

Concernant le dépistage au VIH, la présente étude montre que le dépistage du VIH chez les personnes à plus à risque reste élevé au cours des 12 derniers mois. Le taux de dépistage dépasse les 90% chez 7 groupes cibles (92,0% chez les Miniers, 95% chez les PS, 97,0 chez les pêcheurs, 92,7% chez les routiers et 97,4% chez les tuberculeux). Comparativement aux autres groupes cibles, ce taux de dépistage reste faible chez les jeunes (34,9%) et chez les HU (62,7%). Cependant, la proportion de personnes à plus à risque qui ont subi le test VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu le résultat varie de 69,0% (Jeunes) à 98,0% (chez les routiers).

Pour la connaissance du statut sérologique au VIH au moment de l'enquête, 86,97% (IC : 83,24% - 90,69%) des PS connaissaient leur statut sérologique. La proportion de jeunes qui connaissent leur statut sérologique restent très faible (5,45%). La proportion chez les autres groupes cibles étaient respectivement de 26,6 chez les HU, 53,5% chez les Pêcheurs, 69,5% chez les miniers, 80,9% chez les TB, 83,4% chez les routiers et 86,5% chez les PS.

La presque totalité des personnes à plus à risque acceptent peu les PVVIH. La proportion des personnes à risque ayant un comportement d'acceptation vis-à-vis des personnes infectées et affectées par le VIH varie de 1,5% (TB) à 14,9% (Routiers).

Les populations à plus à risque sont peu atteintes par les programmes de prévention développés. Les PS (44,3%) semblent être les plus atteintes par les programmes de prévention. Cependant, les prisonniers (14,8%), les routiers (25,6%), les pêcheurs (35,6%), les jeunes (30,2%), les patients tuberculeux (18,2%), les HU (33,4%) et les miniers (38,2%) sont moins atteints par ces programmes.

9 RÉFÉRENCES

- Johnston LG, Malekinejad M, Kendall C, Iuppa I, Rutherford G: Implementation challenges to using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance: field experiences in international settings. *AIDS and Behavior*, 2008a, 12(suppl 1), 131-141.
- Comité National de Lutte contre le Sida. Enquête d'estimation de la taille des professionnelles de sexe (PS), Guinée, 2013.
- Comité National de Lutte contre le Sida. Enquête d'estimation de la taille des Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH), Guinée, 2013.
- Comité National de Lutte contre le Sida. Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2013-2017, Guinée, 2013.
- UNAIDA
- Salganik MJ: Variance estimation, design effects and sample size calculations for respondent driven sampling. *Journal of Urban Health*, 2006, 83(Suppl 7), 98-112. doi: 10.1007/s11524-006-9106-x.
- Johnston LG, Malekinejad M, Kendall C, Iuppa I, Rutherford G: Implementation challenges to using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance: field experiences in international settings.
- *AIDS and Behavior*, 2008a, 12(suppl 1), 131-141. PSI, Research Building & Metrics Capacity, Sampling Hard to Reach populations, 2007: http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/Sampling-Hard-To-Reach-Populations-Toolkit.pdf.
- Institut National des Statistique/Ministère du Plan. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2012), Guinée ; 2012.

10 ANNEXES

10.1 Annexe 1 , Caractéristiques des populations cibles de l'enquête

10.1.1 Jeunes de 15 à 24 ans

Tableau 26 : Caractéristiques sociodémographiques des jeunes de 15 à 24 ans interrogés au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
Régions administratives				
Conakry	365	15.41	13.97	16.84
Boké	239	10.09	8.91	11.36
Kindia	307	12.96	11.66	14.31
Mamou	277	11.69	10.34	12.92
Labé	125	5.28	4.43	6.19
Faranah	191	8.06	6.96	9.20
Kankan	364	15.37	13.93	16.80
Nzérékoré	501	21.15	19.59	22.79
Préfecture				
Boffa	16	0.68	0.34	1.01
Boké	188	7.94	6.88	9.03
Fria	17	0.72	0.38	1.10
Koundara	18	0.76	0.42	1.14
Kaloum	71	3.00	2.32	3.71
Dixinn	76	3.21	2.53	3.93
Matoto	72	3.04	2.33	3.76
Matam	71	3.00	2.36	3.71
Ratoma	75	3.17	2.45	3.88
Faranah	69	2.91	2.24	3.63
Dinguiraye	66	2.79	2.15	3.46
Dabola	15	0.63	0.34	0.97
Kissidougou	41	1.73	1.22	2.28
Siguiiri	189	7.98	6.88	9.08
Kankan	16	0.68	0.38	1.06
Kouroussa	46	1.94	1.44	2.53
Kerouane	61	2.57	1.98	3.21
Mandiana	52	2.20	1.60	2.82
Kindia	139	5.87	4.90	6.88
Forecariah	55	2.32	1.77	2.95
Coyah	113	4.77	3.97	5.61
Labe	95	4.01	3.25	4.85
Lelouma	30	1.27	0.80	1.69
Dalaba	45	1.90	1.39	2.49

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
Mamou	167	7.05	5.99	8.06
Pita	65	2.74	2.07	3.46
Beyla	294	12.41	11.19	13.72
Gueckedou	32	1.35	0.89	1.86
Macenta	132	5.57	4.69	6.54
Nzerekore	43	1.82	1.28	2.41
Milieu de résidence				
1 urbain	942	39.76	37.78	41.75
2 Rural	1427	60.24	58.25	62.22
Ensemble	2369	100.00	100.00	100.00
Sexe				
1 Masculin	1639	69.19	67.34	71.08
2 Feminin	730	30.81	28.92	32.66
Tranche âge				
15 - 19 ans	835	35.25	33.26	37.15
20 - 24 ans	1534	64.75	62.85	66.74
Total	2369	100.00	100.00	100.00
Scolarisation				
1 Oui	1502	63.40	61.42	65.33
2 Non	867	36.60	34.67	38.58
Niveau d'instruction atteint				
1 Primaire	249	16.58	14.78	18.64
2 Secondaire	1063	70.77	68.31	72.97
3 Supérieur	190	12.65	10.99	14.31
Occupation				
1 Sans-profession	271	11.44	10.18	12.66
2 Eleve-etudiant	1028	43.39	41.37	45.25
3 Ouvrier	474	20.01	18.40	21.65
4 Commerçant	441	18.62	16.97	20.18
5 Autre	115	4.85	4.01	5.78
9 Non-reponse	40	1.69	1.18	2.24
Religion				
1 Catholique	321	13.55	12.16	14.90
2 Protestante	135	5.70	4.77	6.71
3 Musulmane	1838	77.59	75.85	79.23
4 Autre-religion	19	0.80	0.46	1.18
5 Pas-de-religion	56	2.36	1.78	3.00

10.1.2 Homme en uniforme

Tableau 27 : Caractéristiques sociodémographiques des Hommes en Uniforme interrogés au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
Régions administratives				
1 Conakry	456	29.3	27.1	31.7
2 Boke	113	7.3	6.0	8.6
3 Kindia	241	15.5	13.7	17.4
4 Mamou	93	6.0	4.8	7.1
5 Labe	92	5.9	4.8	7.1
6 Faranah	86	5.5	4.4	6.7
7 Kankan	221	14.2	12.4	16.1
8 Nzerekore	254	16.3	14.5	18.2
Préfectures				
1 Boffa	15	1.0	0.5	1.5
2 Boke	40	2.6	1.8	3.3
3 Fria	30	1.9	1.3	2.6
5 Koundara	28	1.8	1.2	2.4
6 Kaloum	179	11.5	10.0	13.2
7 Dixinn	35	2.2	1.5	3.0
8 Matoto	139	8.9	7.6	10.3
9 Matam	46	3.0	2.1	3.9
10 Ratoma	57	3.7	2.8	4.6
11 Faranah	27	1.7	1.1	2.4
12 Dinguiraye	19	1.2	0.7	1.9
13 Dabola	5	0.3	0.1	0.6
14 Kissidougou	35	2.2	1.5	3.0
15 Siguiri	26	1.7	1.1	2.3
16 Kankan	130	8.4	6.9	9.8
17 Kouroussa	30	1.9	1.3	2.6
18 Kerouane	17	1.1	0.6	1.6
19 Mandiana	18	1.2	0.6	1.7
20 Kindia	145	9.3	7.9	10.7
21 Forecariah	32	2.1	1.4	2.8
22 Coyah	64	4.1	3.1	5.1
25 Labe	81	5.2	4.1	6.4
26 Lelouma	11	0.7	0.3	1.1
30 Dalaba	15	1.0	0.5	1.5
31 Mamou	54	3.5	2.6	4.4
32 Pita	24	1.5	1.0	2.1
33 Beyla	51	3.3	2.4	4.2
34 Gueckedou	55	3.5	2.6	4.4

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
36 Macenta	46	3.0	2.2	3.9
37 Nzerekore	102	6.6	5.4	7.8
Milieu de résidence				
1 Urbain	1526	98.1	97.3	98.7
2 Rural	30	1.9	1.3	2.7
Type de corps				
1 Militaire	679	43.6	41.1	46.1
2 Gendarme	367	23.6	21.5	25.6
3 Policier	407	26.2	24.0	28.3
4 Douanier	97	6.2	5.1	7.5
5 Autre	6	0.4	0.1	0.7
Sexe				
1 Masculin	1332	85.6	83.8	87.3
2 Féminin	224	14.4	12.7	16.2
Tranche âge				
15 _ 19 ans	8	0.5	0.2	0.9
20 - 24 ans	78	5.0	3.9	6.2
25 - 29 ans	224	14.4	12.7	16.1
30 - 34 ans	396	25.4	23.3	27.5
35 - 39 ans	529	34.0	31.7	36.2
40 - 44 ans	126	8.1	6.7	9.4
45 - 49 ans	195	12.5	10.9	14.3
Scolarisation				
1 Oui	1365	87.7	86.1	89.4
2 Non	191	12.3	10.6	13.9
1 Primaire	219	16.0	14.1	17.9
2 Secondaire	829	60.7	58.2	63.4
3 Supérieur	317	23.2	21.0	25.5
Réligion				
1 Catholique	293	18.8	16.8	20.8
2 Protestante	88	5.7	4.6	6.8
3 Musulmane	1163	74.7	72.6	76.9
4 Autre	7	0.4	0.1	0.8
5 Pas-de-religion	5	0.3	0.1	0.6
Ethnie				
1 Sussu	616	39.6	37.1	42.0
2 Malinke	419	26.9	24.6	29.2
3 Pular	159	10.2	8.8	11.8
4 Kissi	205	13.2	11.4	14.9
5 Autres	157	10.1	8.7	11.6
Total	1556	100.0	100.0	100.0
Marié				

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
1 Oui	884	56.8	54.4	59.3
2 Non	672	43.2	40.7	45.6

10.1.3 Miniers

Tableau 28 : Caractéristiques sociodémographiques des Miniers interrogés au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
Région administratives				
2 Boke	379	37.98	34.57	40.68
3 Kindia	114	11.42	9.52	13.43
6 Faranah	119	11.92	10.12	14.03
7 Kankan	239	23.95	21.24	26.55
8 Nzerekore	147	14.73	12.63	17.13
Préfecture				
2 Boke	348	34.87	31.76	37.58
3 Fria	31	3.11	2.10	4.21
12 Dinguiraye	119	11.92	10.12	14.03
15 Siguiri	175	17.54	15.23	19.84
18 Kerouane	64	6.41	4.91	7.92
20 Kindia	114	11.42	9.52	13.43
33 Beyla	147	14.73	12.63	17.13
Milieu de résidence				
1 Urbain	81	8.12	6.61	9.82
2 Rural	917	91.88	90.18	93.39
Type de miniers				
1 Formel	696	69.74	66.73	72.65
2 Informel	302	30.26	27.35	33.27
Sexe				
1 Masculin	883	88.48	86.47	90.48
2 Féminin	115	11.52	9.52	13.53
Tranche âge				
15 - 19 ans	19	1.9	1.1	2.8
20 - 24 ans	77	7.7	6.0	9.4
25 - 29 ans	200	20.0	17.5	22.6
30 - 34 ans	222	22.2	19.5	24.9
35 - 39 ans	165	16.5	14.2	18.8
40 - 44 ans	123	12.3	10.2	14.5
45 - 49 ans	192	19.2	16.8	21.7
Scolarisation				
1 Oui	652	65.33	62.42	68.14

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
2 Non	346	34.67	31.86	37.58
Niveau d'instruction atteint				
1 Primaire	58	8.90	6.75	11.15
2 Secondaire	446	68.40	64.72	72.09
3 Supérieur	148	22.70	19.33	26.07
Réligion				
1 Catholique	103	10.32	8.32	12.32
2 Protestante	13	1.30	0.60	2.10
3 Musulmane	882	88.38	86.27	90.48
Nationalité				
1 Guinéenne	959	96.09	94.79	97.19
2 Autre	39	3.91	2.81	5.21
Statut matrimonial				
1 Célibataire	424	42.48	39.58	45.49
2 Marié_ union	541	54.21	51.10	57.21
3 Separe_divorce	31	3.11	2.10	4.31
4 Veuf	2	0.20	-	0.50

10.1.4 Professionnelles de sexe

Tableau 29 : Caractéristiques sociodémographiques des professionnelles de sexe interrogées au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
Régions administratives				
1 Conakry	1145	56.94	54.70	59.08
2 Boke	288	14.32	12.83	15.90
3 Kindia	82	4.08	3.23	4.92
4 Mamou	102	5.07	4.13	6.07
5 Labe	14	0.70	0.35	1.09
6 Faranah	34	1.69	1.14	2.29
7 Kankan	222	11.04	9.80	12.43
8 NZerekore	124	6.17	5.22	7.21
Préfecture				
2 Boke	210	10.44	9.10	11.79
3 Fria	78	3.88	3.08	4.77
6 Kaloum	165	8.20	7.01	9.55
7 Dixinn	204	10.14	8.85	11.44
8 Matoto	282	14.02	12.55	15.56
9 Matam	198	9.85	8.55	11.19
10 Ratoma	296	14.72	13.19	16.31

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
11 Faranah	10	0.50	0.20	0.85
13 Dabola	6	0.30	0.10	0.55
14 Kissidougou	18	0.90	0.50	1.29
15 Siguiri	145	7.21	6.12	8.35
16 Kankan	32	1.59	1.09	2.19
17 Kouroussa	25	1.24	0.80	1.74
18 Kerouane	10	0.50	0.20	0.85
19 Mandiana	10	0.50	0.20	0.85
20 Kindia	41	2.04	1.44	2.64
21 Forecariah	12	0.60	0.30	0.94
22 Coyah	29	1.44	0.94	1.99
25 Labe	10	0.50	0.20	0.80
26 Lelouma	4	0.20	0.05	0.40
30 Dalaba	5	0.25	0.05	0.50
31 Mamou	92	4.57	3.68	5.52
32 Pita	5	0.25	0.05	0.50
33 Beyla	10	0.50	0.20	0.85
34 Gueckedou	20	0.99	0.60	1.44
36 Macenta	26	1.29	0.85	1.79
37 NZerekore	68	3.38	2.64	4.18
Milieu de résidence				
1 Urbain	1781	88.56	87.12	89.99
2 Rural	230	11.44	10.01	12.88
Lieu de rencontre des clients				
1 Bar	1086	54.00	51.86	56.23
2 Hôtel	442	21.98	20.24	23.77
3 Restaurant	96	4.77	3.88	5.72
4 Buvette	87	4.33	3.48	5.22
5 Maquis	288	14.32	12.78	15.96
6 Route	12	0.60	0.30	0.94
Tranche âge				
15 - 19 ans	133	6.6	5.5	7.8
20 - 24 ans	891	44.3	42.0	46.5
25 - 29 ans	666	33.1	31.1	35.3
30 - 34 ans	197	9.8	8.5	11.1
35 - 39 ans	77	3.8	3.0	4.7
40 - 44 ans	34	1.7	1.2	2.3
45 - 49 ans	13	0.6	0.3	1.0
Statut matrimonial				
1 Celibataire	1436	71.41	69.42	73.40
2 Marie-en-union	102	5.07	4.18	6.02
3 Divorce-separe	407	20.24	18.50	22.01

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
4 Veuf	66	3.28	2.49	4.08
Scolarisation				
1 Oui	964	47.94	45.85	50.17
2 Non	1047	52.06	49.83	54.15
Niveau d'instruction atteint				
1 Primaire	317	32.88	29.98	36.00
2 Secondaire	560	58.09	54.98	61.20
3 Supérieur	87	9.02	7.16	10.89
Réligions				
1 Catholique	263	13.08	11.64	14.62
2 Protestante	146	7.26	6.08	8.45
3 Musulmane	1565	77.82	75.93	79.66
4 Animiste	16	0.80	0.45	1.19
5 Autre	21	1.04	0.65	1.49
Occupations				
1 Aide-ménagère	253	12.58	11.09	13.97
2 Elevage-agriculture	23	1.14	0.70	1.59
3 Eleve-Etudiant	211	10.49	9.25	11.88
4 Coiffeuse	508	25.26	23.47	27.20
5 Couturière	197	9.80	8.55	11.04
6 Fonctionnaire	13	0.65	0.35	0.99
7 Commerçante	173	8.60	7.46	9.85
8 Serveuse-bars-maquis	144	7.16	6.07	8.25
9 Prostituée	464	23.07	21.20	25.01
10 Autre	25	1.24	0.75	1.74

10.1.5 Pêcheurs

Tableau 30 : Caractéristiques sociodémographiques des pêcheurs interrogés au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
Région administrative				
1 Conakry	398	58.62	55.08	62.44
2 Boke	281	41.38	37.56	44.92
Préfecture				
1 Boffa	108	15.91	13.11	18.56
2 Boke	173	25.48	22.09	28.87
6 Kaloum	245	36.08	32.25	39.62
7 Dixinn	41	6.04	4.27	7.81
8 Matoto	21	3.09	1.91	4.57
9 Matam	49	7.22	5.30	9.43
10 Ratoma	42	6.19	4.57	8.10

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
Milieu de résidence				
1 Urbain	425	62.59	58.76	66.42
2 Rural	254	37.41	33.58	41.24
sexe				
1 Masculin	569	83.80	81.15	86.45
2 Feminin	110	16.20	13.55	18.85
Scolarisation				
1 Oui	215	31.66	28.13	35.20
2 Non	464	68.34	64.80	71.87
Niveau d'instruction atteint				
1 Primaire	126	58.60	52.09	64.19
2 Secondaire	75	34.88	29.30	41.20
3 Supérieur	14	6.51	3.72	11.16
Réligion				
1 Catholique	60	8.84	6.77	11.19
2 Protestant	7	1.03	0.29	1.91
3 Musulman	612	90.13	87.78	92.34
Nationalité				
1 Guinéenne	634	93.37	91.31	95.14
2 Autre	45	6.63	4.86	8.69
Marié				
1 Oui	396	58.32	54.20	62.15
2 Non	281	41.38	37.26	45.51
9 Non-reponse	2	0.29	-	0.74
Vie en couple				
1 Marie-vit-avec-epouse	311	45.80	41.83	49.19
2 Marie-vit-avec-autre-partenaire	60	8.84	6.48	11.05
3 Marie-ne-vit-pas-avec	26	3.83	2.36	5.30
4 Non-marie-vit-avec-partenaire	157	23.12	19.88	26.36
5 Non-marie-ne-vit-avec-partenaire	123	18.11	15.46	21.21
9 Non-reponse	2	0.29	-	0.74
Tranche âge				
15 - 19 ans	8	1.2	0.4	2.1
20 - 24 ans	66	9.7	7.5	11.9
25 - 29 ans	100	14.7	12.1	17.4
30 - 34 ans	167	24.6	21.5	28.4
35 - 39 ans	166	24.4	20.9	27.7
40 - 44 ans	111	16.3	13.7	19.3
45 - 49 ans	61	9.0	7.1	11.3

Routiers

Tableau 31 : Caractéristiques sociodémographiques des Routiers interrogés au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
Régions administratives				
1 Conakry	87	10.60	8.53	12.67
2 Boke	85	10.35	8.28	12.42
3 Kindia	120	14.62	12.42	17.17
4 Mamou	129	15.71	13.15	18.32
5 Labe	114	13.89	11.57	16.08
6 Faranah	71	8.65	6.82	10.65
7 Kankan	105	12.79	10.60	14.86
8 Nzerekore	110	13.40	11.33	16.01
Préfecture				
2 Boke	44	5.36	3.90	6.94
3 Fria	12	1.46	0.73	2.31
5 Koundara	29	3.53	2.31	4.87
6 Kaloum	5	0.61	0.12	1.22
7 Dixinn	5	0.61	0.12	1.22
8 Matoto	15	1.83	0.97	2.80
9 Matam	30	3.65	2.44	4.99
10 Ratoma	32	3.90	2.56	5.36
11 Faranah	23	2.80	1.71	4.02
12 Dinguiraye	10	1.22	0.49	1.95
13 Dabola	10	1.22	0.55	2.07
14 Kissidougou	28	3.41	2.31	4.75
15 Siguiri	42	5.12	3.72	6.58
16 Kankan	15	1.83	0.97	2.80
17 Kouroussa	12	1.46	0.73	2.31
18 Kerouane	26	3.17	2.07	4.38
19 Mandiana	10	1.22	0.49	1.95
20 Kindia	42	5.12	3.65	6.70
21 Forecariah	23	2.80	1.71	3.95
22 Coyah	55	6.70	5.18	8.65
25 Labe	96	11.69	9.50	13.76
26 Lelouma	18	2.19	1.34	3.17
30 Dalaba	21	2.56	1.53	3.65
31 Mamou	68	8.28	6.40	10.35
32 Pita	40	4.87	3.53	6.58
33 Beyla	19	2.31	1.34	3.41
34 Gueckedou	20	2.44	1.46	3.53
36 Macenta	31	3.78	2.56	5.12

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
37 Nzerekore	40	4.87	3.41	6.46
Milieu de résidence				
1 Urbain	649	79.05	76.13	81.73
2 Rural	172	20.95	18.27	23.87
Type de routiers				
1 Chauffeur	560	68.21	64.80	71.62
2 Apprentis	195	23.75	20.83	26.61
3 Convoyeur	66	8.04	6.09	9.99
Type de véhicule				
1 Camion	194	23.63	20.53	26.67
2 Bus-mini-bus	281	34.23	30.88	37.39
3 Taxi-inter-urbain	315	38.37	34.90	42.14
4 Vehicule-long	31	3.78	2.56	5.12
Lieu d'enquête				
1 Gare-routiere	666	81.12	78.44	83.73
2 Point-d-arret	155	18.88	16.27	21.56
Sexe				
1 Masculin	808	98.42	97.56	99.27
2 Feminin	13	1.58	0.73	2.44
Scolarisation				
1 Oui	361	43.97	40.44	47.26
2 Non	460	56.03	52.74	59.56
Niveau d'instruction atteint				
1 Primaire	188	52.08	46.81	56.79
2 Secondaire	151	41.83	36.86	47.63
3 Superieur	22	6.09	3.88	8.57
Réligion				
1 Catholique	86	10.48	8.53	12.67
2 Protestant	63	7.67	5.97	9.74
3 Musulman	670	81.61	78.68	84.10
5 Pas-de-religion	2	0.24	-	0.61
Nationalité				
1 Guineenne	819	99.76	99.34	100.00
2 Autre	2	0.24	-	0.66
Statut matrimonial				
1 Celibataire	351	42.75	39.46	46.16
2 Marie-en-union	434	52.86	49.33	56.33
3 Separe-divorce	26	3.17	2.07	4.32
4 veuf	10	1.22	0.49	2.07
Tranche âge				
15 - 19 ans	68	8.3	6.3	10.1
20 - 24 ans	67	8.2	6.3	10.0

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
25 - 29 ans	163	19.9	17.3	22.7
30 - 34 ans	177	21.6	18.9	24.5
35 - 39 ans	121	14.7	12.3	16.8
40 - 44 ans	75	9.1	7.2	11.4
45 - 49 ans	150	18.3	15.8	21.2

10.1.6 Patients tuberculeux

Tableau 32 : Caractéristiques sociodémographiques des patients tuberculeux interrogés au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
Régions administratives				
1 Conakry	400	82.99	79.27	86.08
8 Nzerekore	82	17.01	13.92	20.73
Préfecture				
6 Kaloum	148	30.71	26.78	34.85
8 Matoto	74	15.35	11.83	18.46
9 Matam	178	36.93	32.37	41.08
36 Macenta	82	17.01	13.92	20.73
Type de malades				
1 Hospitalise	106	21.99	17.65	26.13
2 Ambulatoire	376	78.01	73.87	82.35
Sexe				
1 Masculin	229	47.51	43.15	52.07
2 Feminin	253	52.49	47.93	56.85
Scolarisation				
1 Oui	253	52.49	47.93	57.05
2 Non	229	47.51	42.95	52.07
Niveau d'instruction atteint				
1 Primaire	63	24.90	19.76	31.08
2 Secondaire	138	54.55	48.37	60.47
3 Supérieur	52	20.55	15.81	25.30
Réligion				
1 Catholique	32	6.64	4.37	8.71
2 Protestante	34	7.05	4.98	9.53
3 Musulmane	416	86.31	83.61	89.21
Type de tuberculose				
1 Pulmonaire	412	85.48	82.19	88.59
2 Extra-pulmonaire	37	7.68	5.39	10.36
3 Non-observe	33	6.85	4.37	9.13
Type de malades selon la fréquence de traitement				
1 Nouveau	404	83.82	80.31	87.34
2 Retraitement	65	13.49	10.39	16.60
3 Non-observe	13	2.70	1.24	4.15
Statut matrimonial				
1 Celibataire	229	47.51	43.36	51.85

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
2 Marie-en-union	172	35.68	31.95	39.63
3 Separe-divorce	33	6.85	4.56	8.92
4 veuf	48	9.96	7.05	12.45
Tranche âge				
15 - 19 ans	67	13.9	10.8	17.4
20 - 24 ans	65	13.5	10.4	16.6
25 - 29 ans	99	20.5	16.8	24.5
30 - 34 ans	59	12.2	9.8	15.1
35 - 39 ans	59	12.2	9.5	14.7
40 - 44 ans	50	10.4	7.7	13.1
45 - 49 ans	83	17.2	14.1	20.7

10.1.7 Population carcérale

Tableau 33 : Caractéristiques sociodémographiques de la population carcérale interrogée au cours de l'ESCOMB 2015-Guinée

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
Régions administratives				
1 Conakry	367	44.5	41.0	47.7
3 Kindia	128	15.5	13.2	17.8
7 Kankan	111	13.5	11.4	15.9
8 Nzerekore	218	26.5	23.7	29.7
Préfecture				
6 Kaloum	367	44.5	41.0	47.7
16 Kankan	111	13.5	11.4	15.9
20 Kindia	128	15.5	13.2	17.8
37 Nzerekore	218	26.5	23.7	29.7
Sexe				
1 Masculin	568	68.9	65.9	72.1
2 Feminin	256	31.1	27.9	34.1
Scolarisation				
1 Oui	240	29.1	25.8	31.9
2 Non	580	70.4	67.6	73.7
9 Non-reponse	4	.5	.1	1.0
Niveau d'instruction				
1 Primaire	106	44.2	37.9	50.8
2 Secondaire	120	50.0	42.5	56.7
3 Supérieur	14	5.8	2.9	9.2
Religion				
1 Catholique	114	13.8	11.6	16.3
2 Protestante	43	5.2	3.7	6.8
3 Musulmane	663	80.5	77.9	83.3

Caractéristiques	Répondants	Valeurs en %	Intervalle de confiance à 95%	
			M-2ET	M+2ET
4 Autre	4	.5	.1	1.0
Nationalité				
1 Guineenne	821	99.6	99.3	100.0
2 Autre	3	.4	0.0	.7
Professions				
1 Secteur-primaire	49	5.9	4.4	7.6
2 Administration-gouvernement	3	.4	0.0	.8
4 Artisan	301	36.5	33.0	39.7
5 Secteur-informel	52	6.3	4.7	8.1
6 Service-domestique	20	2.4	1.5	3.6
7 Commerce-produits-alimentaire	46	5.6	4.1	7.2
8 Commerce-produits-vestimentaires	43	5.2	3.9	6.8
9 Commerce-produits-divers	42	5.1	3.4	6.4
10 Eleve-etudiant	28	3.4	2.2	4.7
11 Force-armee-securite	11	1.3	.6	2.2
12 Cadre-superieur	2	.2	0.0	.6
13 Sport-loisir-artiste	15	1.8	1.0	2.8
14 Fonction-religieuse	8	1.0	.4	1.7
15 Menagere	33	4.0	2.7	5.3
16 Orpailleurs	12	1.5	.7	2.4
17 Routiers	91	11.0	9.2	13.4
18 Autres	11	1.3	.6	2.2
19 Sans-emploi	57	6.9	5.1	8.6
Statut matrimonial				
1 Celibataire	580	70.4	67.5	73.4
2 Marie-en-union	195	23.7	21.0	26.6
3 Separe-divorce	40	4.9	3.5	6.4
4 veuf	9	1.1	.5	1.8
Tranche âge				
20 - 24 ans	139	16.9	14.1	19.4
25 - 29 ans	185	22.5	19.5	25.2
30 - 34 ans	147	17.8	15.2	20.7
35 - 39 ans	185	22.5	19.7	25.2
40 - 44 ans	101	12.3	10.1	14.6
45 - 49 ans	67	8.1	6.2	10.0

République de Guinée

Travail – Justice - Solidarité



STRATEGIE NATIONALE POUR LES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES DANS LA REPONSE CONTRE LES IST/VIH/Sida



LISTE DES ACRONYMES

Sigle	Dénomination
AAEG :	Association Arc En Ciel Guinée
ARV :	Antirétroviraux
ADEFE :	Association de Développement et Encadrement des Femmes et des
AFA :	Aide à la Famille Africaine
AFIAG :	Association des Femmes Infectées et Affectées de Guinée
AGBEF :	Association Guinéenne pour le Bien Être Familial
AGUIFOS :	Association Guinéenne des Femmes et Orphelins du VIH/Sida
AGR :	Activités Génératrices de Revenus
AGUIP+ :	Association Guinéenne des Personnes Vivants avec le VIH
AGUIEB :	Association Guinéenne des Technologistes Biomédicaux
AJCGD :	Amicale des Jeunes Chercheurs de Guinée pour le Développement
AJFDG :	Association des Jeunes Filles Dévouées de Guinée
ALFV VIH/SIDA :	Association Limanya des Femmes Veuves du VIH/Sida
AMEV :	Association Mères et Enfants Vulnérables au VIH/Sida
AMPS :	Association Maké Pour la Promotion de la Santé
APD :	Aide Publique au Développement
APIC :	Association pour la Promotion des Initiatives Communautaires
APIMA :	Association des Personnes Infectées et Affectées de Macenta
APRODI :	Appui à la Promotion du Développement Intégré
ASFAGUI :	Association des Femmes Infectées et Affectées par le VIH/Sida
ASFEGMASSI :	Association des femmes de Guinée pour la lutte contre les MST y compris
ASG :	Alternatives Sud Guinée
ATS :	Agent Technique de Santé
BENKADI :	Association communautaire de Kindia
BCDORA :	Bureau des Consultants pour le Développement Organisationnel
BND :	Budget National de Développement
CAM :	Club des Amis du Monde
CAP :	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC :	Communication pour le Changement de Comportement
CCM :	Country Coordinating Mechanism (Mécanisme National de Coordination
CDV :	Conseil de Dépistage Volontaires
CECOJE :	Centre d'Ecoute, de Conseil et d'Orientation des Jeunes
CEFACAM :	Centre de Formation Ami CAMARA
CESSPHAM :	Cercle Scientifique Stomato Pharmacie et Médecine
CHU :	Centre Hospitalo-Universitaire
CJMAD :	Comité des Jeunes Mon Avenir d'Abord
CMT-SE :	Commission Multisectorielle de Travail en Suivi-Evaluation
CNLS :	Comité National de Lutte contre le Sida
CRLS :	Comité Régional de Lutte contre le Sida
CPLS :	Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida
CTPS / CTRS :	Comités Préfectoraux ou Régionaux de la Santé
CU :	Commune Urbaine

CDR: Citoyens De Rue
CMC: Centre Médical Communal
CR: Commune Rurale
CPN: Consultation Pré Natale
CPTAFE: Centre de lutte contre les Pratiques Traditionnelles Affectant la santé des
CS: Centre de Santé
CS HP: Comité Santé et Hygiène Publique
CSN: Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida
CTMTSE: Commission Technique Multisectorielle de Travail en Suivi Evaluation du
DPS: Direction Préfectorale de la Santé
DRS: Direction Régionale de la Santé
DREAM: Drug Resource Enhancement Against AIDS and Malnutrition
DSRP: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSVCo: Direction de la Santé de la Ville de Conakry
DNEHS: Direction Nationale des Etablissements Hospitalières et des Soins
DNPSC: Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire
DPSER: Département Planification Suivi-Evaluation et Recherche
EVSG: Espérance Vie Saine Guinée
EDSG: Enquête Démographique et de Santé de Guinée
EIBC: Enquête Intégrale Budget de Consommation
FEG: Association Fondation Espoir Guinée
FEVK: Association Fondation Espoir Vie Kankan
FMG: Fraternité Médicale Guinée
FM: Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose
FENOSIGUI: Fédération Nationale ONG, Association de lutte contre le VIH/Sida en
GIZ: Coopération Allemande
GNF: Francs Guinéens
GR-SE: Groupe de Référence en Suivi-Evaluation
GUIAD: Guinée Assistance et Développement
GSP: Guinée Solidarité Positive
HFL: Haldi Fotti de Labé
HSH: Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IDH: Indicateur de Développement Humain
IEC: Information, Education et Communication
INAAPSO: Initiative et Actions pour l'Amélioration de la Santé des Populations
IO: Infections Opportunistes
IST: Infections Sexuellement Transmissibles
MASPFE: Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance
MSF: Médecin Sans Frontières
MSHP: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MW: Modjèrè Wallidirèn
NDK: Nyou Deme Dee Kuru
OCB: Organisation Communautaire de Base
OEV: Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
ONG: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA: Programme Conjoint des Nations Unies sur le Sida

- OSC :** Organisation de la Société Civile
- PEC :** Prise En Charge
- PNPCSP :** Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des
- PTME :** Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à Enfants
- RSS :** Renforcement du Système Sanitaire

REMERCIEMENTS

L'élaboration de cette stratégie d'intervention communautaire dans la réponse nationale aux IST/VIH/Sida a été un processus inclusif où de nombreux acteurs ont été sollicités. La représentation de PSI Guinée voudrait remercier toutes celles et tous ceux qui ont permis l'aboutissement de ce processus.

Nous remercions en premier le Secrétaire Exécutif du CNLS, pour sa disponibilité et la mobilisation de son équipe autour de ce travail. Cela a permis au consultant de bénéficier d'avis éclairés et des documents nationaux nécessaires à son travail. Cela démontre le leadership national du SECNLS dans l'accompagnement des différents acteurs pour une contribution efficace à la réponse nationale.

Nous nous réjouissons également de l'appui de la Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire du Ministère de la Santé. Elle a été au départ à la fin du processus. Son implication a permis d'assurer la cohérence de la présente stratégie par rapport à la dynamique nationale de renforcement du cadre des interventions communautaires dans le secteur de la santé.

Des partenaires techniques et financiers, malgré la période des congés annuels, n'ont ménagé aucun effort pour enrichir de leurs expériences ce travail. Ils ont démontré leur adhésion à un appui harmonisé des interventions communautaires en matière de VIH/Sida et offre ainsi des chances de réussite dans la mise en œuvre de la présente stratégie.

Les acteurs de la société civile guinéenne sont également à féliciter pour leur mobilisation individuelle et collective au cours de ce processus. Nous saluons surtout le leadership pris par certains d'entre eux pour l'aboutissement de ce travail. Leur engagement a permis de définir une forme de structuration de la société civile qui puisse accompagner la coordination des interventions communautaires.

Nous disons également merci à tout le personnel de PSI Guinée et le consultant pour ce travail qui aura certainement un impact sur la qualité de la réponse nationale au VIH/Sida en Guinée. Nous restons convaincus qu'une meilleure planification des interventions communautaires et un appui coordonné à leur mise en œuvre permettront à la Guinée d'être au rendez-vous des objectifs 90.90.90.

Nous terminons ainsi nos propos en interpellant les autorités nationales et les partenaires techniques et financiers à mettre en œuvre les mesures d'accompagnements prévus dans le document pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie. Aux acteurs de la société civile, nous leur demandons de s'approprier la stratégie et se mobiliser pour sa concrétisation.

PREFACE

A l'instar de plusieurs pays, la Guinée a adopté une approche multisectorielle et pluridisciplinaire dans la réponse au VIH/Sida. Cette approche lui a permis d'atteindre des résultats appréciables dans le domaine de la prévention de nouvelles infections et de la prise en charge globale des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et du soutien des populations affectées.

Pour la période 2013-2017, la Guinée a élaboré un plan stratégique de troisième génération, basé sur un meilleur ciblage des priorités et une planification centrée sur les résultats. La Guinée s'inscrit aujourd'hui dans l'optimisme de la communauté internationale de venir à bout de l'épidémie du VIH/Sida. Mais elle a conscience que cet objectif ne sera atteint que par une plus grande prise de conscience de la population, ainsi que par la mise à disposition de services de qualité leur permettant de ne pas attraper le VIH et d'être bien soignée en cas d'infection. En la matière, la contribution du secteur communautaire est indispensable, comme nous l'a enseigné récemment la crise de la maladie à virus d'Ebola.

La contribution des communautés dans la réponse au VIH/Sida est toujours considérable. Cependant, compte tenu de sa diversité et de sa faible structuration, cette contribution ne bénéficie pas toujours de la reconnaissance qu'elle mérite, ni de l'accompagnement nécessaire. Cette situation, si elle perdure, peut réduire la ferveur de l'engagement communautaire et compromettre l'atteinte des résultats nationaux.


C'est pourquoi, à la faveur de la volonté du gouvernement guinéen de renforcer le cadre d'intervention des communautés en matière de santé, il a été décidé l'élaboration d'une stratégie d'intervention communautaire dans la réponse aux IST/VIH/Sida en Guinée. Cette stratégie donne les orientations sur la manière dont les organisations de la société civile vont se structurer, les domaines dans lesquels elles doivent s'engager, ainsi que les stratégies qu'elles peuvent employer pour apporter leurs pierres à l'édification d'une Guinée sans VIH à l'orée de 2030.

Nous exhortons nos partenaires techniques et financiers, les acteurs de la lutte contre le sida de tous les domaines à soutenir davantage la mise en œuvre de cette stratégie d'intervention communautaire.

Nous réitérons l'engagement du SECNLS, à assurer le leadership nécessaire pour l'effectivité de cette stratégie, afin que la Guinée soit au rendez-vous pour ouvrir la voie à une génération sans Sida.

Le Secrétaire Exécutif du CNLS

Dr Abass DIAKITE



RESUME EXECUTIF

La stratégie d'intervention communautaire dans la réponse nationale aux IST/VIH/Sida s'inscrit dans un ancrage au paysage institutionnel de la Guinée, et un alignement au Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida 2013-2013.

L'analyse des interventions communautaires en Guinée a démontré un faible engagement dans des domaines tels que la prise en charge psychosociale, la défense des droits humains, ainsi que la veille et le plaidoyer pour la redevabilité sociale.

La planification, en s'inspirant de la note d'information du Fonds mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose, a identifié quatre axes principaux d'interventions des acteurs communautaires.

- **Axe 1 : Mobilisation sociale pour la prévention et le continuum de soins**

Cet axe décrit la manière dont les acteurs communautaires se mobiliseront pour fournir un service de prévention et d'accompagnement des personnes infectées et affectées par le VIH. Il relève du rôle de prestataire de service de la société civile en complément de l'action gouvernementale.

- **Axe 2 : suivi communautaire du respect des droits et de l'obligation redditionnelle**

Cet axe expose les fondements et les stratégies du suivi communautaire pour veiller aux respects des droits personnes infectées et affectées, ainsi que des populations clés, mais également à l'obligation faite à chaque acteur de rendre compte de ses engagements et des ressources mises à sa disposition.

- **Axe 3 : plaidoyer pour la responsabilité sociale**

Cet décrit comment, sur la base des évidences produite dans l'axe 2, la société civile influencera les politiques et les pratiques en faveur d'un meilleur respect des droits humains et une meilleure utilisation des ressources pour des résultats plus larges et durables.

- **Axe 4 : renforcement des capacités institutionnelles, de planification et du leadership communautaire**

Il est fait mention dans cet axe des besoins de renforcement institutionnel des organisations de la société civile afin de pouvoir jouer correctement leurs rôles. Cet axe expose également la nécessité de développer un leadership communautaire à travers des valeurs communes qui sont capitales pour une société civile crédible et efficace.

Pour aborder harmonieusement ces quatre axes, un modèle de structuration des acteurs de la société civile a été proposé. Ce modèle est basé sur la mise en place d'une structure faitière au niveau national avec des décentralisations au niveau régional. Les acteurs de cette structure et leurs fonctions sont décrits sur la base du principe de la subsidiarité.

Pour la mise en œuvre de cette structuration, il a été proposé des mesures d'accompagnement sur le plan institutionnel et réglementaire, organisationnel et financier. Ces mesures vont de la formalisation du secteur communautaire/société civile à la mise en place d'un mécanisme commun de financement des activités communautaires.

Sur la base de la structuration proposée et des dispositifs de suivi-évaluation du ministère de la santé et du SECNLS, un dispositif de suivi-évaluation a été proposé. Il définit les interactions en terme collecte, de rapportage et de partage entre les acteurs communautaires et ceux du secteur public, depuis le niveau des centres de santé, jusqu'au central, en passant par le niveau préfectoral et régional.

CHAPITRE I : CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE, SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE DE LA GUINEE

1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE

La République de Guinée est un pays côtier. Elle est située dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'équateur et le tropique du cancer, entre les 7° et 12° de latitude nord et entre les 8° et 15° de longitude ouest. Sa superficie totale est de 245.857 km². Elle est limitée :

- A l'Ouest par l'Océan Atlantique et la Guinée Bissau,
- Au Nord par le Sénégal et le Mali,
- A l'Est par la Côte d'Ivoire,
- Au Sud par le Liberia et la Sierra Leone.

La Guinée est composée de quatre (4) régions naturelles assez bien distinctes et intérieurement homogènes. Ce sont : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière. Le pays doit cette originalité à son milieu naturel. Celui-ci se caractérise par des contrastes climatiques, des barrières montagneuses et l'orientation des reliefs. Ces éléments se combinent pour donner à chaque région naturelle des particularités liées au climat, au sol, à la végétation et au mode de vie des populations.

1.2. SITUATION DEMOGRAPHIQUE

La population totale de la Guinée était estimée à 11,6 millions d'habitants en 2012 (DSRP II, 2012). La densité moyenne pour l'ensemble du pays est de 44 habitants au km².

Le taux brut de natalité est estimé à 34,0 ‰ (EDS IV+, 2012) alors qu'il était de 38,4 ‰ (EDS III+ 2005). L'indice synthétique de fécondité est estimé à 5,1 enfants par femme en 2012 (EDS IV+, 2012) alors qu'il était de 5,7 en 2005 (EDS III+, 2005). Le retard économique, les normes sociales et culturelles inadéquates, l'insuffisance d'informations sur les méthodes de régulation des naissances et sur les infrastructures sociales expliquent le bas niveau de réduction de l'ISF (Indice Synthétique de Fécondité). Cependant, les efforts du gouvernement et de ses partenaires ont favorisé la baisse relative de l'ISF au cours de cette période. Avec un taux d'accroissement naturel de 2,7 % (UNDP 2011), l'effectif de la population guinéenne doublera tous les vingt-sept ans.

La Guinée fait partie des pays avec une forte mortalité. Les taux de mortalité néo-natale, infanto-juvénile et maternelle sont estimés à 35 pour mille, à 122 pour mille et à 610 pour 100 000 naissances vivantes (EDS IV+) respectivement. L'espérance de vie à la naissance a connu une baisse, passant de 62 ans en 2005 (EDS III+) à 58,9 ans en 2012 (EDS IV+). Le VIH/sida constitue la troisième cause de mortalité après le paludisme et les anémies (« Annuaire statistique », MSHP, 2011). Selon le Spectrum 2012 Guinée, le décès annuel dû au sida est estimé à 5173 cas dont 1051 enfants.

Sur le plan migratoire, on note un important mouvement de populations entre la Guinée et tous les pays voisins, plus particulièrement le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la Sierra Leone et le Libéria. Le pays a un taux d'émigration de 6,3%.

Tableau 1: Tableau récapitulatif des indicateurs sociodémographiques

N°	Indicateurs	Valeur	Sources	Années
1	Population générale	11 600 000	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) III	2012
2	Taux d'accroissement annuel moyen	2,7%	Rapport Mondial sur le Développement Humain (RMDH) PNUD	2011
3	Population de moins de 15 ans	40,31%	Ministère du Plan	2010
4	Taux d'alphabétisme des adultes de 15 ans et plus	39,5%	Rapport Mondial sur le Développement Humain (RMDH)	2011
5	PIB par habitant	1048 USD	Rapport Mondial sur le Développement Humain (RMDH)	2011
6	Indicateur de Développement Humain (IDH)	0,344	Rapport Mondial sur le Développement Humain (RMDH)	2011
7	Indicateur Sexospécifique de Développement Humain (ISDH)	0,425	Rapport Mondial sur le Développement Humain (RMDH)	2009
8	Classement sur la base de l'ISDH	143 ^{ème} sur 155 pays	Rapport Mondial sur le Développement Humain (RMDH)	2009

1.3. SITUATION SOCIO ECONOMIQUE

Sur le plan économique, la Guinée est un pays riche en ressources naturelles. En effet, l'économie du pays est basée sur d'importantes potentialités agricoles, halieutiques et minières (bauxite, fer, diamant, or etc.). Ces ressources devraient constituer des atouts majeurs pour un développement économique et social. Mais force est de constater que la Guinée demeure toujours parmi les pays à faible développement humain.

L'incidence de la pauvreté est passée de 49,2% en 2002 à 58% en 2010 selon les dernières estimations (DRSP II Intérimaire 2011). Selon les estimations de l'EIBC (Enquête Intégrale Budget-Consommation, 2006), 53,4% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté absolue.

Le pays connaît une légère augmentation (3,1%) du taux brut de scolarisation. Il est passé de 79% en 2007/2008 à 82,1 % en 2012/2013 au niveau national. Ce constat est presque le même au niveau des jeunes filles. On y a enregistré une augmentation du taux de scolarisation¹ de 3,6% entre 2007/2008 (71%) et de 74,6% entre 2012/2013.

En 2012, la population de la Guinée était constituée de 52% de femmes parmi lesquelles 78% étaient analphabètes. Cette proportion était de 88% en 1997.

1.4. SITUATION SANITAIRE

1.4.1. ETATS DE SANTÉ DE LA POPULATION

La plupart des indicateurs socio-sanitaires de la Guinée sont parmi les plus préoccupants de la Sous-Région Ouest africaine (cf «Tableau 2 : Indicateurs sur l'état de santé de la population guinéenne»).

Tableau 2 : Indicateurs sur l'état de santé de la population guinéenne

Indicateurs	EDS 2005	EDS 2012
Taux brut de mortalité des adultes	11,05 ‰	10,19 ‰
Taux de mortalité néonatale	39 ‰	35 ‰
Taux de mortalité infanto-juvénile	163 ‰	122 ‰
Taux de mortalité maternelle	980 /100 000 NV	710 /100 000 NV *
Couverture en CPN	82 %	85 %
Taux d'accouchements assistés	38 %	49 %
Taux de prévalence contraceptive	9 %	8,5 %
Taux de séroprévalence VIH	1,5 %	1,7 %
Insuffisance pondérale chez les	26%	18%
Enfants de 12 à 23 mois	37%	37%
Espérance de vie à la naissance	62 ans	58,9 ans**

¹ Annuaire statistique du MEPU-EC, 2013

1.4.2. POLITIQUE DE SANTÉ

La Guinée dispose d'une Politique Nationale de Santé dont le fondement est l'article 15 de la Constitution qui stipule que «*Chacun a droit à la santé et au bien-être physique. L'Etat a le devoir de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux* ». Cette politique a adopté les principes directeurs suivants :

(i). Efficience : L'atteinte d'un maximum des résultats devra correspondre à une utilisation rationnelle des ressources disponibles (humaines, matérielles, financières et temporelles).

(ii). Soins centrés sur les personnes et les services intégrés : Les soins seront organisés autour des besoins et attentes des personnes et des communautés plutôt que sur les maladies. Les réformes envisagées visant à promouvoir les soins centrés sur la personne permettront une meilleure implication des individus, des familles, des communautés et de la société civile (association des malades, des personnes vivant avec handicaps, des organisations caritatives,...),

(iii). Gestion axée sur les résultats : l'option prise de passer de la planification par objectifs à celle axée sur les résultats aura comme conséquence une meilleure articulation entre les ressources mobilisées et les performances à réaliser avec un accent particulier sur la «redevabilité».

(iv). Décentralisation/ déconcentration : dans le cadre de la décentralisation les collectivités locales sont dotées de compétences dans le domaine de la santé (Article 29 du Code de Collectivités Locales). Ces dispositions combinées à l'option du Ministère de la Santé de faire du district le lieu d'opérationnalisation de la PNS et du PNDS, justifient une collaboration normée entre le Ministère de la Santé et les Collectivités Locales.

(v). Partenariat : La dimension multisectorielle de la santé et le nombre de plus en plus important d'acteurs évoluant dans le secteur commandent la mise en place de dispositifs de dialogue politique et d'instruments de formalisation de la collaboration telle que la contractualisation. Ceci se fera dans l'esprit de l'option gouvernementale de privilégier le « faire-faire et la participation » pour responsabiliser davantage l'ensemble des acteurs.

Sur la base de cette politique, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2015-2024, ainsi qu'un Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé après la crise de la MVE ont été élaborés.

Le PNDS a adopté les orientations stratégiques suivantes : (i) *Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence*, (ii) *Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées*, (iii) *Renforcement du système national de santé*.

L'orientation sur le renforcement du système national de santé contient six (6) sous-orientation, notamment : (i) *Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire*, (ii) *Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé*, (iii) *Développement des ressources humaines de qualité*, (iv) *Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité*, (v) *Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé*, (vi) *Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire*.

1.4.3. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le décret N° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé.

Le système de santé en République de Guinée est structuré en trois niveaux :

- le niveau central (correspond au territoire national)
- le niveau intermédiaire (correspond à la Région Administrative) et,
- le niveau périphérique (correspond au District Sanitaire)

Le système national de soins est organisé de manière pyramidale et comprend les sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire.

Au niveau du sous-secteur public, le pays compte au niveau primaire, 410 centres de santé et 925 postes de santé ; au niveau secondaire, 38 hôpitaux (HR, HP, CMC) et tertiaire 3 hôpitaux nationaux.

Le sous-secteur parapublic est composé de trois dispensaires et de quatre hôpitaux d'entreprises minières et agricoles.

Le niveau communautaire est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et les prestataires de la médecine traditionnelle.

Le sous-secteur privé est constitué d'un sous sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucrative est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenu pour la plupart, du personnel paramédical. L'offre formelle se résume à 41 cliniques et 106 cabinets.

1.4.4. PERFORMANCES DU SYSTÈME DE SANTÉ

1.4.4.1. Accessibilité géographique

Pour les Centres de santé, l'accessibilité géographique est déterminée sur la base d'un rayon de 5 km ou d'une heure de marche. Pour l'hôpital de référence, elle est définie sur la base de 3 heures de voyage par véhicule en toute saison.

En fonction de ces éléments, les taux d'accessibilité se présentent comme suit :

Tableau 3: Taux d'accessibilité géographique des structures de soins publiques

Structure	Population totale	Population accessible	%
Centre de Santé Conakry	1 883 505	1 167 773	62%
Centre de Santé Intérieur	10 145 595	4 869 886	48%
Centre de santé global	12 029 200	6 375 476	53%
Hôpitaux de Conakry	1 883 505	1 883 505	100%
Hôpitaux de l'Intérieur	10 145 595	6 899 005	68%
Hôpitaux en Général	12 029 200	8 901 608	74%

Source : Rapport de programmation des Infrastructures DNEHS 2011

D'une façon générale, les Régions Administratives qui présentent les taux les plus bas d'accessibilité sont Labé (43%) et Kankan (41%). Cette situation est influencée par la localisation excentrée des chefs-lieux d'implantation des établissements de soins et l'éloignement des agglomérations par rapport aux centres d'activités.

L'offre des services de prévention et de prise en charge du VIH/sida (Centre de Dépistage Volontaire –CDV ; Prise En Charge et Prévention de la Transmission Mère Enfant PTME) effectuée par les structures publiques et privées est intégrée aux différents niveaux des structures de soins.

Tableau 4: Répartition géographique des services VIH/Sida par type de structures (publiques, associatives et privées)

Régions	CDV	PTME	PEC	CDT
Conakry	33	29	23	17
Kindia	10	57	4	4
Boké	12	49	6	7
Mamou	11	9	4	5
Labé	12	63	2	6
Kankan	11	40	7	6
Faranah	13	13	5	6
N'Zérékoré	13	37	6	7
Total	115	297	57	58

Sources : Rapport annuel de la riposte 2015

En 2015, au total 527 structures de santé (centres de santé, hôpitaux) offrent au moins la prise en charge IO/ARV (57 sites PEC), CDV (115 sites) et ou PTME (297 sites) sur 456 disponibles, soit 52% de couverture nationale (Cf. tableau 11). Le milieu rural reste le moins pourvu en termes de d'offres de services VIH soit 10% contre 90% en milieu urbain. Cette répartition des sites contraste avec la répartition de la population guinéenne avec près de 70% en milieu rural. La répartition des sites reste aussi inégale selon le type de prestation VIH, soit 96% de sites PEC, 86% de sites CDV et 91% de sites PTME en milieu urbain. En ce qui concerne la répartition par région administrative, la ville de Conakry, qui ne représente que 15% de la population totale, regorge 33% des services VIH disponibles. La proportion qu'occupe Conakry dans le total des

offres de service varie selon le type, plus de 4 sites PEC sur 10 (43%), 1 sites CDV sur 3 (33%) et plus de 1site de PTME sur 4 (28%).

1.4.4.2. Qualité des prestations

Le Ministère de la Santé Publique et de L'Hygiène dispose d'un Document de Stratégie Nationale en Assurance Qualité. Il vise à offrir des prestations de soins conformes aux standards qui y sont définis.

Au cours de l'année 2010, il a été réalisé des supervisions au niveau d'un échantillon de Centres de Santé et hôpitaux du pays sur certains volets de la qualité des soins. Elles ont permis de faire un certain nombre de constats récapitulés dans le tableau qui suit.

Tableau 5: Résultats de l'évaluation de la qualité dans les structures publiques

N°	VOLETS	Valeur
1	Satisfaction des usagers	40%
2	Respect des normes techniques	25%
3	Respect des normes administratives	53%

Source : DNEHS Novembre 2010

1.4.4.3. Utilisation des services

Au niveau des Centres de Santé, la tendance des principaux indicateurs d'activités des structures publiques se présente comme suit dans le Tableau 10 : Évolution des indicateurs d'activités des Centres de Santé.

Tableau 6: Evolution des indicateurs d'activités des centres de Santé en Guinée de 2007 à 2011

Indicateurs	2007	2010	2011
Couverture Effective en PEV (%)	79	84	85
Couverture en CPN 1 (%)	88	89	90
Taux d'accouchement assisté (%)	23	25	28
Ratio d'utilisation CPC	0,08	0,08	0,09
Taux de couverture en PF (%)		15,60	23,90

Source : Rapport SNIS 2007 – 2011

L'offre de soins dans le secteur privé comprend 344 structures sanitaires agréées dont 54% sont implantées à Conakry. 147 d'entre elles sont gérées par des médecins, soit 43%.

A noter que la part du budget de l'Etat alloué à la santé est en baisse ces quatre dernières années : 3,5% en 2010, 2,54% en 2011, 1,98% en 2012 et 1,75% en 2013. Ce qui rend aléatoire le fonctionnement adéquat des structures de santé.

CHAPITRE II : ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ET DE LA REPONSE AU VIH

2.1. Situation épidémiologique du VIH/sida

2.1.1. Dans la population générale

L'épidémie de VIH est de type généralisé en Guinée. Elle semble être relativement stable avec une prévalence de 1,5% en 2005 et de 1,7% en 2012 parmi les personnes âgées de 15-49 ans au sein de la population générale (EDSIII, 2005 ; EDSIV 2012). Toutefois, la distribution de cette prévalence est variable suivant : les lieux de résidence (urbain : 2,7% ou rural 1,2% ; les Régions Administratives (cf: Carte de prévalence VIH selon les Régions Administratives ») ; le sexe (masculin 1,2% ou féminin 2,1%) ; le groupe d'âge (15-24 ans : 0,9% ou 25-49 ans : 2,3%). Par ailleurs, la faible prévalence du VIH au niveau des jeunes de 15-24 ans cache une sous épidémie en expansion parmi ceux de 15-19 ans. Au niveau de ces derniers, la prévalence est passée de 0,8% en 2005 à 1,5% en 2012 (EDS III, 2005 et EDS IV, 2012).

Dans la population générale, les risques d'exposition au VIH diminuent beaucoup plus parmi les jeunes que parmi les adultes. Le pourcentage de jeunes de moins de 25 ans ayant plus de 2 partenaires durant les 12 derniers mois précédents l'enquête a diminué de 12,7% en 2005 à 4,8% en 2012, soit une réduction de plus de la moitié. Par contre, au niveau des adultes (plus de 25 ans), cette proportion a diminué de 10,7% à 7,9%. Soit une réduction de seulement 3% durant la même période (EDS III+, 2005 et EDS IV+, 2012). Aussi, l'utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels a augmenté de 31,8% à 46,3% au niveau des jeunes de moins de 25 ans contre une baisse de 35,8% à 19,4% parmi les plus de 25 ans (selon EDS IV+)

La prévalence est deux (2) fois plus élevée chez les donneurs volontaires de sang (3,7%) et les personnes testées au niveau des Centres de Dépistage Volontaire (3,8%) que dans la population générale (1,7%). La forte prévalence (19,6%) chez les personnes testées dans le but diagnostique (PNPCSP, 2012), s'explique par une faible offre des CDV et la tardive initiative des soignants à proposer le test de dépistage.

2.1.2. Au sein des populations en contexte de vulnérabilité et les populations plus à risque

2.1.2.1. Chez les femmes enceintes

La prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes est relativement stable. Elle est passée de 2,8% en 2001 à 2,5% en 2008 (ESIDAGUI, 2001 ; ENSS, 2008). La prévalence chez les femmes enceintes examinées en consultation prénatale est passée de 2,7% en 2011 à 3,4% en 2012 (Rapports PNPCSP 2011 et 2012). Ces données indiquent que les femmes enceintes paraissent plus infectées que la population générale (1,7% selon l'EDS IV+).

Selon l'ENSS 2008, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est plus élevée en milieu urbain (4,5%) qu'en milieu rural (1,1%). Par contre, elle est de 3,4% chez les femmes enceintes de

moins de 25 ans et chez celles de plus de 25 ans. La même enquête indique une distribution variable de la prévalence chez les femmes enceintes par Région Administrative (cf : « Tableau 12 : Prévalence (%) du VIH chez les femmes enceintes par Région Administrative en 2008 »).

Tableau 7: Prévalence du VIH chez les femmes enceintes par région sanitaire en 2008

Régions Administratives	Prévalences du VIH chez les femmes	ESSIDAGUI 2001
Conakry	5,76	5,00
Kindia	4,19	2,00
N'Zérékoré	3,13	3,2
Boké	2,76	
Labé	2,48	1,9
Faranah	1,98	
Mamou	1,16	
Kankan	0,94	2,8

Source : Rapport UNGASS 2012/

2.1.2.2. Chez les populations clés et leurs clients

Selon l'Enquête Nationale de Surveillance Comportementale et Biologique (ESCOMB) de 2012, la prévalence du VIH varie de 2,5% (jeunes de 15-24 ans) à 56,6% (HSH) au sein des populations en contexte de vulnérabilité et des populations les plus exposées au risque de transmission des IST/VIH. Le « Tableau 13 : Evolution de la prévalence et comportements à risques chez les populations clés de 2007 à 2012 » indique un écart important de besoins non couverts en termes d'utilisation de préservatif. Ces besoins vont de 63% chez les HSH à 30% chez les Hommes en Uniforme (ESCOMB, 2012). Il montre également l'évolution de 2007 à 2012 de la prévalence et de certains comportements à risque observés chez les populations clés et les populations passerelles.

La prévalence du VIH est estimée à 56,6% chez les HSH des villes touchées. En raison du contexte socio culturel, l'étude n'a pu être menée que dans trois villes (Conakry, Fria et Labé). Par conséquent, cette prévalence ne pourrait être extrapolée à l'ensemble de la population des HSH de la Guinée. Parmi les HSH enquêtés, les moins de 25 ans (59,9%) sont les plus infectés comparés aux plus de 25 ans (53,4%). Conakry compte à elle seule les 15% de la population nationale.

Sur les 187 HSH enquêtés à Conakry, 105 étaient infectés par le VIH. Soit une prévalence de 55,6% (ESCOMB, 2012).

Par ailleurs, la persistance des comportements à risque au sein de cette sous population (HSH) et le faible accès aux services de prévention expliquent la prévalence élevée en son sein. Un HSH sur trois a déclaré avoir eu une IST et 4 HSH bisexuels sur 10 ont déclaré ne pas avoir utilisé le préservatif avec leur partenaire féminin au cours des 12 derniers mois. Trois HSH sur dix déclarent ne pas utiliser le préservatif avec un partenaire masculin. Des circonstances expliquent la non

utilisation systématique du préservatif par les HSH dont : le rapport sexuel avec un partenaire habituel (50,8%), la connaissance de sa propre sérologie négative (33,9%) et la connaissance du partenaire depuis longtemps (10,7%).

Les PS les plus âgées sont plus infectées (19,3%) comparées aux plus jeunes (14,8%). Les PS de Conakry (29,3%), et de Boké (24,3%) présentent des prévalences qui se situent au dessus de la moyenne nationale (16,7%). Dans le cadre des comportements à risque, au niveau des PS il y existe un contraste : d'un côté, on observe une augmentation de la prévalence des IST chez les PS entre 2007 et 2012, soit respectivement de 26,0% à 30,8%, et de l'autre, la proportion de PS qui déclarent avoir utilisé le préservatif avec un partenaire occasionnel au cours de la même période est passée de 26,2% en 2007 à 90,1% en 2012.

S'agissant des Utilisateurs de drogues Injectables (UDI) et des populations carcérales, le pays dispose de peu d'informations sur la prévalence et sur les risques d'exposition au VIH. Cependant, des informations récentes sur les populations carcérales indiquent une prévalence quatre fois supérieure à celle de la population générale, soit une moyenne nationale de 9,4% (ESCOMB, 2012).

2.1.3. Sources de nouvelles infections à VIH

Le Mode of Transmission (MOT) en Guinée est basé sur le modèle ONUSIDA. Les résultats de sa récente estimation indiquent que l'épidémie se propage essentiellement parmi les populations liées à la prostitution (professionnelles du sexe, leurs clients et les partenaires de leurs clients) et parmi celles ayant des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels. Ce dernier groupe de population est composé essentiellement de jeunes et de certaines populations passerelles notamment des pêcheurs, miniers, routiers, et des hommes en uniforme. Aussi, il ressort de la même enquête que certaines personnes en couple stable et leurs partenaires qui utilisent les services des PS sont à l'origine de plus de 60% de nouvelles infections dans la population générale (cf : Figure 1 : Distribution des nouvelles infections par mode de transmission selon l'Enquête MoT, 2012).

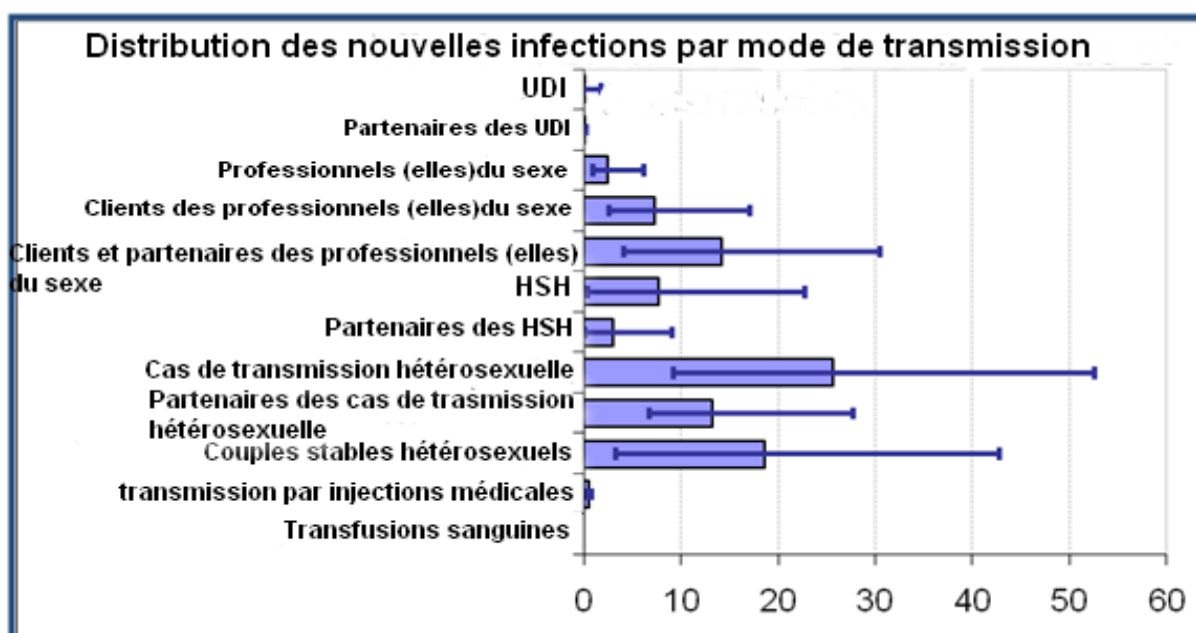


Figure 1: Distribution des nouvelles infections par modes de transmission selon l'enquête MoT de 2012

2.2. Analyse de la réponse et l'implication des acteurs communautaires

Cette analyse est faite en s'inspirant du rapport sur l'état des lieux des interventions communautaires dans la réponse aux IST/VIH/SIDA en Guinée et de l'analyse de la réponse nationale faite dans le cadre stratégique 2013-2017.

AXE I : PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES IST ET DU VIH

La réponse développée en vue de l'atteinte des objectifs de cet axe a enregistré un certain nombre de résultats. De façon générale, le fonctionnement des services de prévention (CDV, PTME, SA) a souffert de ruptures fréquentes en intrants et consommables.

L'enquête de terrain exécutée en 2013 montre qu'au moins une soixantaine d'organisations communautaires se sont impliquées dans les activités de cet axe stratégique dans les 12 districts étudiés.

Tableau 8: Implication des organisations communautaires dans la mise en œuvre de l'axe1 du CSN 2013-2017

Régions	Intervenants communautaires identifiés	Nombre
Conakry	FMG, AGUIP +, Afrique Arc en Ciel, AGUIFOS, AFIAG, FEG, Vie +, CAM, INAASPO, CJMAD, AGUIFOS, GUIAD, GSP, BENKADI, CDR, APRODI, AJCGD, ASFEGMASSI, AFA, ASG, CESSPHAM, AGBEF, Afrique Arc en Ciel	23
Boké	CEFECAM, CAM, MARNOUSSOU, INAASPO, FMG	5
Kindia	AMPS, AFA, SIDALERTE, CERAC Santé, CPTAFE, Fédération Mounafandji, GUIAD, FMG	8
Faranah	NDK, APIC, ALFV, Seconde Chance	4

Labé	Réseau Régionale associations des PVVIH, Modjobéré Wallindiren, Association Haldi Fotti, SAPSUME, BCDORA, FMG	7
N'Zérékoré	AMEV+, EVSG, ASFAGUI, REVES Guinée	4
Kankan	ADEFE, AGUITEB, RAJEUNET Serè TIGUI, Serè MANE, AFA, FEV	6
Mamou	BENKADI+, Union des Mutuelles de Santé de Mamou	2

Source : Etat des lieux des intervenants communautaires

L'analyse présente ci-dessous les acquis et les faiblesses relevés pour les domaines de l'Axe 1 :

- **Promotion de l'IEC/CCC** : Un effort conséquent sur le VIH a été fourni pour l'amélioration des niveaux de connaissance au niveau des jeunes âgés de 15 à 24 ans (16,2% en 2008 à 49% en 2012). Cependant on enregistre un faible niveau de connaissances sur le VIH chez les groupes de populations les plus à risque (professionnelles du sexe; Hommes en Uniforme; miniers; routiers et pêcheurs). Cela peut s'expliquer par le fait que très peu d'acteurs communautaires s'impliquent dans les activités de prévention auprès de ces populations. L'état des lieux des interventions communautaire montre la plupart de la soixantaine d'organisations interviennent dans cet axe sur l'ensemble des districts enquêtés.
- **Promotion de l'utilisation des préservatifs masculin et féminin** : Des efforts considérables ont été fournis pour la promotion et la distribution de 49 133 165 préservatifs masculin et féminin avec un ciblage prioritaire des femmes et des PS. Néanmoins, on observe une faible accessibilité des populations aux préservatifs en milieu rural. Pour le préservatif féminin, cette accessibilité est réduite aussi bien en milieu rural qu'urbain. La moitié des organisations communautaires recensées interviennent dans ce domaine.
- **Dépistage volontaire et anonyme du VIH** : L'objectif fixé (101 CDV) a été dépassé avec 110 CDV mis en place, soit 109%. Les populations carcérales et des groupes à haut risque ont eu accès aux services de CDV via les services mobiles de dépistage. En dépit de ces résultats, il apparaît nécessaire de souligner la faible couverture géographique des services CDV. Plus de la moitié des organisations communautaires recensées interviennent dans la promotion du CDV, notamment par la sensibilisation et les conselling.
- **Diagnostic précoce et traitement des IST** : La prise en charge des IST a été assurée chez les PS et HSH à travers les Services Adaptés (SA). La prise en charge syndromique des IST a été intégrée dans le paquet minimum des activités des structures sanitaires. Néanmoins, on dénote une faible couverture des districts sanitaires en SA. Seulement cinq (5) organisations communautaires ont été identifiées comme intervenant dans ce domaine et seulement dans les district de Conakry, Boké et Kindia.
- **Réduction des risques de transmission par voie sanguine** : en matière de sécurité transfusionnelle et de prévention de la transmission du VIH en milieu de soins, le pays dispose de directives sur l'utilisation rationnelle du sang dans la pratique clinique et d'une Direction Nationale d'Hygiène Publique. En dépit de ces acquis, il faut souligner l'insuffisance de la

couverture nationale en services de transfusion sanguine en termes d'infrastructure et d'équipements. L'insuffisance des matériels de protection, de formation et d'information sur les AES a constitué un frein à l'atteinte des résultats.

▪ **Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)** : La gratuité de la prise en charge en PTME (test de dépistage, médicament ARV) avec 4 243 femmes enceintes séropositives mises sous ARV dénote un fort engagement politique. Le nombre de site PTME a connu une grande expansion passant de seulement 89 sites PTME en 2013 à 297 en 2015. Seulement cinq (5) organisations communautaires ont été recensées comme intervenant dans ce domaine dans trois (3) districts sanitaires (Conakry, Boké, Kindia).

AXE 2: PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET NUTRITIONNELLE DES PVVIH

La gratuité du traitement des ARV et des médicaments anti IO a permis de mettre sous traitement 35 082 (soit 32,5% de couverture nationale)². Le nombre de nouveaux cas de co-infections TB/VIH pris en charge est en regression, passant de 26,9% en 2013 à 19,09% en 2015.

Seulement deux (2) structures communautaires ont été identifiées comme intervenant dans la prise en charge antirétrovirale (FMG et FEG) et une seule a été identifiée dans le domaine de la co-infection TB-VIH (FMG) à Conakry.

Les organisations communautaires mènent en outre des activités pour l'adhérence au traitement ARV, notamment la recherche des perdus de vue. Cependant cette activité n'est menée que dans les districts de Conakry et de Boké.

En dépit de ces résultats encourageants, on relève des insuffisances dont entre autres : une faible couverture en appareil CD4 et charge virale, l'absence d'un plan de maintenance des équipements biomédicaux et une faible couverture nationale en structures de prise en charge des IO (Infections Opportunistes)

AXE 3 : PROTECTION ET SOUTIEN AUX PVVIH ET PERSONNES AFFECTEES PAR LE VIH ET AUTRES GROUPES SPECIFIQUES

La Guinée a renforcé la protection et le soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH et autres groupes spécifiques en réalisant un certain nombre d'actions dont entre autres : l'élaboration d'un guide avec un manuel de formation pour la prise en charge psychosociale, la diffusion de l'Ordonnance n° 056/2009/PRG/SGG du 29/10/2009 portant amendement de la Loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en République de Guinée à travers les radios rurales et communautaires. Un Observatoire des Droits des PVVIH est prévu d'être mis en place en s'appuyant sur l'Observatoire Communautaire sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS).

Des organisations communautaires ont été identifiées dans cinq (5) sur les douze (12) districts enquêtés en 2013 comme intervenant dans ce domaine notamment par un accompagnement

² Rapport PNPCSP 2015

psychosocial, un appui alimentaire ou la sensibilisation contre la discrimination/stigmatisation des PvVIH.

Cependant, l'atteinte des résultats a rencontré des difficultés au nombre desquelles il y a l'insuffisance de structures de prise en charge psychologique, le manque de psychologue clinicien, l'insuffisance d'assistants sociaux dans les structures de soins, l'absence de dispositif juridique et réglementaire spécifique en faveur des PS et HSH, l'insuffisance de structures d'accompagnement psycho - moral des PVVIH.

AXE 4: GOUVERNANCE, PARTENARIAT, COORDINATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

La riposte nationale au VIH a des acquis malgré la persistance de dysfonctionnements. Au compte des forces, il ya la mise en place de quatre coordinations régionales du SE/CNLS avec un recrutement de personnel additionnel, la mise en place du forum national des partenaires, l'organisation des retraites conjointes du SE/CNLS avec l'ensemble des partenaires, l'obtention d'un Accord de Subvention VIH entre la Guinée et le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose dans le cadre du nouveau modèle de financement.

Au nombre des faiblesses, il ya, entre autres, la faible fonctionnalité des démembrements du CNLS (Comité Ministériel de Lutte Contre le SIDA (CMLS) ; Comité Régionaux de Lutte Contre le Sida (CRLS) et Comités Préfectoraux de Lutte contre le Sida (CPLS) et la faiblesse de la mobilisation des ressources en faveur du financement du CSN 2008-2012.

L'état des lieux des intervenants communautaires, a identifié quatres (4) structures de coordinations communautaires fonctionnelles: le REGAP+ (Réseau Guinéen des Associations de PvVIH) et le REFIG (Réseau des Femmes et enfants Infectés par le VIH en Guinée), la FENOSIGUI (Fédération Nationale des Organisations de lutte contre le Sida de Guinée) et le RESOGUI (Réseau des Organisations contre le Sida de Guinée). Cependant, la faiblesse de leur développement institutionnel ne leur permet pas de jouer normalement leur rôle de coordination. Il existe très peu de cadres de partenariat formels ou des directives nationales en matière de collaboration entre les organisations communautaires et les structures publiques. Les partenariats formalisés identifiés sont généralement conclus entre les organisations communautaires et leurs partenaires financiers, en dehors du contrôle des instances nationales de coordination.

Le Département Partenariat et Société civile du SE/CNLS ne disposent malheureusement pas des ressources et du leadership nécessaires pour jouer son rôle d'accompagnement des acteurs communautaires dans leur partenariat avec les autres acteurs.

AXE 5 : SUIVI EVALUATION ET COMMUNICATION STRATEGIQUE

Parmi les progrès réalisés dans ce domaine, on peut noter la mise en place du Groupe National de Référence en Suivi-Evaluation de la maladie et de la Commission Nationale Multisectorielle en Suivi-Evaluation VIH, la rédaction régulière des différents rapports de progrès (point sur l'épidémie, UNGASS, accès universel, rapport annuel de la riposte), la mise en place d'un site web

pour le CNLS, et la réalisation de certaines enquêtes et études (ESCOMB 2012, Estimation de la taille de HSH et PS, REDES, analyse de la situation de la co-infection VIH/TB).

Par contre, la recherche opérationnelle et l'audit de la qualité des données n'ont pas connu de mise en œuvre effective. Ils constituent les principaux points faibles du système.

Il n'existe pas d'activité visible de suivi-évaluation des acteurs communautaires au delà des projets spécifiques que chacun d'eux mène. Le système national n'a pas défini de cadre pour leur implication.

AXE 6 : RENFORCEMENT DU SYSTEME COMMUNAUTAIRE

Le renforcement du système communautaire est une démarche qui favorise le développement de l'information, des capacités et de la coordination des communautés, organisations, groupes et structures communautaires. Le renforcement du système communautaire permet aux intervenants communautaires de contribuer sur un même pied d'égalité avec d'autres à la pérennisation des interventions sanitaires et communautaires³. Le CSN 2013-2017 a prévu un axe dédié au renforcement des systèmes communautaires. Il est libellé dans ce sens : « D'ici 2017, la participation des organisations de la société civile (réseaux, associations /ONG, des PVVIH) et les populations clés à la gouvernance de la réponse nationale, est effective à tous les niveaux ».

Il comprend deux résultats d'effets qui sont : (i) les organisations communautaires y compris celles des PVVIH et celles des populations clés sont renforcées et sont opérationnelles d'ici 2017, (ii) 100% des organisations de la société civile renforcées (réseaux, associations /ONG, des PVVIH et les populations clés) contribuent à la mise en œuvre de la réponse nationale au VIH et au sida. Le premier résultat d'effet traite du renforcement des organisations individuellement et le deuxième du renforcement du système.

2.3. Enseignements de la MVE sur les stratégies communautaire en santé

L'épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE) a mis à nue les faiblesses du système public de santé en Guinée. Elle a révélé inversement l'importance des approches communautaires en matière de santé. Certaines initiatives prises dans ce domaine méritent d'être exploitées pour renforcer non seulement la réponse spécifique à d'autres pathologies, et d'une manière générale à renforcer les systèmes de santé communautaires. Parmi ces initiatives, on peut retenir entre autres :

- **la rémunération conséquente des agents communautaires** : la mobilisation financière dans le cadre de la réponse à la MVE a permis d'instituer des niveaux de rémunération élevés pour les agents communautaires sur le terrain. Ces rémunérations ont atteint le niveau de 500 000 FGN (61 €) par moment. Ce fait est interprété par certains comme un destructif de l'esprit communautaire et un surenchère du coût des prestations communautaires. Cependant, ces rémunérations ont permis d'obtenir un bon niveau d'engagement des agents communautaires à la hauteur des défis à relever. Dans ce sens, il est opportun de se demander si la formalisation

³ Cadre de renforcement des systèmes communautaires¹ » publié par le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme en mai 2010

d'une rémunération conséquente des agents communautaires n'est pas une condition primordiale pour garantir un bon niveau de services de santé communautaires.

- ***La veille sanitaire au niveau communautaire*** : pour faire de la surveillance de l'apparition des cas et des personnes ayant été en contact avec les sujets infectés, il a été mis en place les comités de veille sanitaire (CVS) dans les villages (CVV) et les quartiers (CVQ). Ces comités ont pratiqué en même temps de l'épidémiologie communautaire par la détection et la notification des cas, mais également de la veille pour l'accès aux soins par le suivi de la prise en charge des cas notifiés. Vu leur efficacité pour le contrôle de la maladie, ils pourraient être exploités dans le cadre du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme pour la promotion du dépistage, la recherche des perdus de vue, le suivi de l'accès aux soins et la dénonciation des cas de violation des droits.
- ***L'implication des anthropologues dans les approches communautaires*** : pour faire face à la résistance et à l'hostilité des communautés vis-à-vis des services anti-Ebola, il a été fait recours aux anthropologues pour comprendre les déterminants de l'attitude des communautés et adapter les messages et approches en conséquence. Cette initiative a permis d'avoir l'adhésion des communautés aux services anti-Ebola. Elle pourrait être également exploitée pour améliorer l'adoption de comportements sans risques et l'observance des traitements dans le cadre de la réponse au VIH/Sida.
- ***L'utilisation d'une ligne téléphonique gratuite dans la veille et l'information sanitaire*** : une ligne téléphonique gratuite a été mise en place dans le cadre de la réponse à la MVE pour faciliter la communication des cas suspects et l'information des populations sur les mesures de prévention, ainsi que le dispositif de prise en charge. La gratuité de cette ligne et son accès à distance par l'orale la rendent très pratique dans un pays où le temps d'alphabetisation est faible et les voies d'accès aux contrées souvent impraticables. Elle pourrait également être utilisée dans le cadre de la réponse au VIH/Sida pour informer sur les mesures de prévention, l'offre de prise en charge, ainsi que alerter sur les cas de dysfonctionnement des services et de violation des droits humains.

CHAPITRE III : DESCRIPTION DE LA STRATEGIE NATIONALE POUR LES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

3.1 Approche de planification

La planification de la stratégie d'intervention communautaire dans la réponse au VIH s'est faite sur la base de l'analyse situationnelle de la Politique Nationale de Santé communautaire, du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024, du Cadre Stratégique National de lutte contre les IST/VIH/Sida 2013-2017 (CSN 2013-2017), et de l'Etat de la situation des interventions communautaire mis à jour.

Son ambition étant de renforcer la réponse nationale, elle est dotée d'une vision et d'un but identique à ceux du CSN 2013-2017, mais en prenant en compte les objectifs mondiaux nouveaux sur les 90.90.90⁴. Elle s'est fixée en outre des objectifs reprenant à son compte les différents résultats du CSN.

La durée de son exécution tient compte des échéances internationales fixées pour les objectifs 90.90.90. Cette projection lui permettra de servir de document de référence pour la planification des interventions communautaires et le renforcement des systèmes communautaires dans la prochaine note conceptuelle.

La détermination des axes d'intervention s'est inspirée de la note d'information du Fonds mondial sur le renforcement des systèmes communautaires. Cela a le mérite de favoriser la planification d'un paquet complet d'intervention pour s'assurer de la mise en place d'un système communautaire opérationnel. Pour chaque axe d'intervention, il évoque une description de la situation, la stratégie qui sera employée, les défis, les domaines d'actions prioritaires (DAP) et les menaces possibles. Les stratégies ont été proposées dans la vision d'une couverture universelle, avec des innovations pour s'assurer de l'atteinte des objectifs.

La structuration du système communautaire proposée s'adapte à la stratégie proposée, mais également aux résultats des entretiens, du cadre de concertation des partenaires d'appui aux acteurs communautaires et du focus groupe avec les leaders associatifs. Elle exploite les opportunités des options politiques nationales, telles que la décentralisation, le transfert de compétence et la contractualisation. Elle s'adosse enfin aux dispositifs du CSN, dans son caractère multisectoriel, pour promouvoir le secteur société civile/communautaire, rendre ce secteur ainsi visible et faciliter la planification de sa structuration.

3.2 Vision de la stratégie communautaire

La vision de la stratégie communautaire de la Guinée s'inscrit dans la logique des objectifs mondiaux de mettre fin au VIH et au Sida. Elle s'aligne donc avec les objectifs 90.90.90 qui veulent que d'ici 2020, 90% des personnes infectées connaissent leur statut sérologique, 90% des

⁴ 90% des personnes infectées connaissent leur statut sérologique, 90% des personnes infectées sont sous ARV, 90% des personnes sous ARV ont une charge virale indétectable

personnes infectées reçoivent un traitement antirétroviral et 90% des personnes sous ARV aient une charge virale indétectable.

3.3 But de la stratégie communautaire

Contribuer à l'accélération de l'accès universel aux services de prévention, de soins, de traitement et de soutien aux PVVIH dans le respect des droits humains pour les cibles 90.90.90.

3.4 Objectifs de la stratégie communautaire

- Renforcer les comportements sans risques au sein des communautés afin de réduire les nouvelles infections selon les cibles de la réponse nationale d'ici fin 2020
- Renforcer l'accès universel aux soins contre le VIH/Sida afin de réduire la mortalité et la morbidité des PVVIH selon les cibles de la réponse nationale d'ici fin 2020
- Créer un environnement favorable à la protection des droits humains des PVVIH et des populations clés d'ici fin 2020
- Renforcer l'efficacité et l'efficience de la gouvernance, de la coordination de la riposte nationale à tous les niveaux d'ici fin 2020
- Renforcer l'efficacité et la visibilité de la participation des organisations de la société civile (réseaux, associations /ONG, des PVVIH) et les populations clés à la gouvernance de la réponse nationale à tous les niveaux d'ici fin 2020
- Renforcer la qualité de l'information stratégique et son utilisation par les acteurs à tous les niveaux pour la riposte nationale au VIH/Sida d'ici fin 2020

3.5 Principes directeurs de la stratégie communautaire

Les principes directeurs de la stratégie communautaire sont :

- La considération des besoins essentiels des personnes vivant avec le VIH et des personnes au centre de la définition des approches et de gestion des ressources;
- La prise en compte de la dimension genre et équité, ainsi que le respect des droits humains dans la riposte au VIH ;
- L'alignement des interventions communautaires avec la réponse nationale aux IST/VIH/SIDA et leur lien avec le cadre institutionnel national;
- La promotion de la bonne gouvernance, la gestion rationnelle des ressources et le devoir de rendre compte
- Le partenariat avec les services de santé dans le sens de la complémentarité pour le continuum des soins

3.6 Fondements de la stratégie communautaire

La stratégie communautaire s'inspire du Cadre Stratégique National 2013 – 2017 plan stratégique 2013-2017 et de la Politique Nationale de Santé Communautaire. Dans ce sens elle a les fondements suivants:

- La Politique Nationale de Santé Communautaire a adopté l'approche des soins centrés sur les personnes comme un principe directeur pouvant promouvoir une meilleure implication des

individus, des familles, des communautés et de la société civile (association des malades, des personnes vivant avec handicaps, des organisations caritatives, ...)

- Dans le cadre de la décentralisation, les collectivités locales sont dotées de compétences dans le domaine de la santé, conférées dans l'article 29 du Code de Collectivités Locales, sur le principe du transfert des compétences et des ressources
- La dimension multisectorielle de la santé, et le nombre de plus en plus important d'acteurs évoluant dans le secteur, sont considérés par la PNS comme des impératifs qui commandent la mise en place de dispositifs de dialogue politique, et d'instruments de formalisation de la collaboration telle que la contractualisation, dans l'esprit de l'option gouvernementale de privilégier le « faire-faire et la participation » pour responsabiliser davantage l'ensemble des acteurs.
- La Politique Nationale de Santé Communautaire fixe le cadre de référence des interventions communautaires
- La société civile et les communautés ont pour rôles de délivrer des services en complément de l'action gouvernementale, de participation à l'identification des besoins de santé et à la planification des interventions, de suivre la mise en œuvre des interventions et d'interpeller l'Etat sur ses responsabilités en matière de santé, telles que stipulées dans la constitution guinéenne

3.7 Stratégie d'intervention

Axe 1 : Mobilisation sociale pour la prévention et le continuum de soins

Sous axe 1.1 : Prévention de l'infection à VIH

L'analyse de la situation de l'épidémie du VIH en Guinée laisse voir une stabilisation relative de la prévalence, mais qui est passé tout de même de 1,5% en 2005 à 1,7% en 2012. Selon les estimations du Spectrum-Guinée 2016 (ONUSIDA/OMS/UNICEF), l'incidence serait en légère baisse les prochaines années, mais elle restera à un niveau qui fera passer le nombre de personnes infectées de 131 831 en 2016 à 140 612 en 2020.

L'Etude MoT 2012 montre que les populations qui sont les plus touchées par le VIH sont les femmes enceintes (3,6 %), les HSH (56,6%), les PS (14,7%), la population carcérale (8,5%) et les miniers (5,1%).

Selon l'état des lieux des intervenants communautaires, les acteurs communautaires sont majoritairement engagés dans les activités de prévention, notamment par les activités de sensibilisation, de promotion de l'utilisation des préservatifs et de prise en charge des IST dans une moindre mesure. Un renforcement de l'engagement communautaire dans ces activités auprès des populations les plus touchées pourrait changer le cours de l'infection à VIH en Guinée, et améliorer le taux de dépistage vers l'atteinte de la cible de 90% des personnes infectées connaissant leur statut sérologique en 2020.

La stratégie de l'engagement communautaire consisterait à raviver l'intérêt de l'opinion sur la prévention contre l'infection à VIH par un marketing autour d'un concept bâti sur les réalités culturelles et des habitudes de vie des guinéens. Ce concept sera le parapluie sous lequel se

mèneront les activités telles que les caravanes de sensibilisation et la célébration des journées mondiales contre le VIH/Sida, et des campagnes régulières à l'endroit de la population.

Ce volet communication grand public visera la création d'un environnement social favorable à l'adoption d'attitudes individuelles positives. Il sera complété par une approche de proximité pour encourager la prise de décision des individus dans la communauté. Cette approche de proximité partira d'une maîtrise des déterminants du comportement des individus vis-à-vis des mesures de protection au sein de leur communauté, pour réaliser des micro-plans d'interventions sur la base des évidences produites au niveau local. Les acteurs communautaires seront ainsi initiés aux techniques de recherches communautaires, dont les thèmes de recherche proviendront des résultats des activités de suivi-évaluation couplées à l'épidémiologie communautaire (voir sous axe 3.2).

L'approche publique et celle de proximité devrait susciter un regain d'intérêt en faveur du dépistage du VIH. Les acteurs communautaires exploiteront les opportunités d'allègements des techniques de dépistage (tests rapides, tests oraux), pour développer des initiatives et rapprocher davantage les services de dépistage des personnes au sein de la communauté.

Défis : - Couvrir tout le territoire national afin de toucher toutes les couches concernées partout où elles sont

- Améliorer la qualité des services pour s'assurer de toucher les cibles et de produire des effets

DAP : - Promotion d'un concept nouveau autour duquel mobiliser l'opinion nationale sur la prévention contre le VIH/Sida

- Appui aux micro-plans de prévention de proximité au niveau local et spécifique aux différents cibles

- Réalisation de recherches communautaires sur les déterminants des comportements des groupes face au VIH

- Renforcement de la prise en charge des IST dans les centres de santé associatifs

- Renforcement du dépistage communautaire du VIH

Menaces : - Insuffisance de ressources pour la formation, la rémunération et la supervision des agents communautaires

- Ruptures d'intrants (réactifs de dépistage, préservatifs,)

- Faible capacité logistique des acteurs communautaires

Sous-axe 1.2 : Continuum des soins

Le nombre de PvVIH était estimé par le Spectrum à 122 903. Parmi ces PvVIH, 8 539 seulement ont bénéficié d'un accompagnement psychosocial, soit une couverture à peine de 7%. Cet accompagnement psychosocial, qui est un des domaines d'intervention par excellence des acteurs communautaires, est pourtant crucial pour le renforcement de l'observance et de l'adhérence au traitement. Le rapport du PNPCSP note 2 928 perdus de vue au cours de l'année 2015, qui pourrait s'expliquer par la faiblesse de l'accompagnement des patients par les associations. Il mérite par conséquent que ce volet soit amélioré, pour donner toutes les chances à

la prise en charge médicale de parvenir à des charges virales indétectables, et d'atteindre à la cible de 2020.

- Défis :**
- Couvrir tous les centres de prise en charge et être capable de toucher toutes les personnes de la file active
 - Améliorer la qualité des services pour s'assurer de toucher les cibles et de produire des effets
- DAP :**
- Promotion de la qualité en matière d'accompagnement psychosocial
 - Renforcement des partenariats formels entre tous les centres de prise en charge et les acteurs communautaires
 - Appui aux micro-plans d'accompagnement psychosocial au niveau local
 - Réalisation des recherches communautaires pour maîtriser les déterminants de l'adhérence au traitement et les besoins spécifiques des PvVIH
 - Renforcement du rôle des communautaires dans l'approvisionnement et de la dispensation des ARV
- Menaces :**
- Dysfonctionnements du système de soins (ruptures d'intrants, pannes d'appareils, insuffisance de personnel
 - Faible capacité logistique des acteurs communautaires
 - Insuffisance de ressources pour la formation, la rémunération et la supervision des agents communautaires

La stratégie dans ce sous-axe consistera à veiller à ce que chaque centre de prise en charge collabore formellement avec au moins une association pour l'accompagnement psychosocial. La qualité de cet accompagnement sera renforcée par l'établissement des standards de qualité et la formation des acteurs communautaires. Des recherches communautaires au niveau local permettront de maîtriser les déterminants de certaines attitudes vis-à-vis des soins et contribueront, par leurs évidences à l'élaboration de micro-plans et de contenus de messages adaptés.

Les acteurs communautaires s'inspireront en outre de certaines expériences réussies en matière d'implication des communautés dans l'approvisionnement et la dispensation des médicaments pour rapprocher d'avantage les ARV des bénéficiaires.

Axe 2 : suivi communautaire du respect des droits et de l'obligation redditionnelle

Sous-axe 2.1 : Suivi communautaire du respect des droits humains

La Constitution de la République de Guinée reconnaît la santé comme un droit fondamental en son article 15 qui stipule que: *«Chacun a droit à la santé et au bien-être physique. L'Etat a le devoir de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux».*

Selon le CSN, le nombre de personnes sous traitement ARV était de 26 666, soit 58,8% de couverture nationale. Le rapport du PNPCSP 2015 montre que 35 082 PvVIH étaient sous ARV en 2015 sur 98 481 en attente de traitement, soit un taux de couverture de 35,6%.

Sur les 35 082, seulement 18 281 examen de dosage de CD4 et 9 119 contrôle de charge virale ont été réalisés. Quand on considère que les recommandations suggèrent au moins un dosage de

CD4 tous les 6 mois et un contrôle de la charge virale au moins une fois par an, ont peut dire que le taux de couverture en dosage de CD4 et de la charge viral son chacun à environ 26 %.

Ces différents faibles taux de couverture pourraient s'expliquer par de nombreux dysfonctionnement et insuffisances du système de santé, telles que les lenteurs dans les approvisionnements (selon le document de subvention VIH), les ruptures de certains réactifs de laboratoire sur les sites malgré la disponibilité de stock au niveau central et l'insuffisance du personnel (selon le rapport PNPCSP 2015).

Les Comptes Nationaux de la Santé 2010 (CNS), cités par la PNS, indique que l'Etat contribue à 8,8% des dépenses de santé, dont 8,6% proviennent du Ministère de l'Economie et des Finances et 0,2% des administrations déconcentrées. Cette situation fait que les programmes de santé restent tributaires des financements extérieurs.

La Guinée dispose d'une ordonnance n° 056/2009/PRG/SGG du 29/10/2009 portant amendement de la loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/Sida en République de Guinée. Cette ordonnance fixe les responsabilités de l'Etat, des agents de santé et des PvVIH par rapport à l'information sur le VIH, la gestion du statut sérologique et le traitement des personnes infectées. Cependant aucun dispositif de suivi de l'application de cette ordonnance n'est mis en place. Il n'existe donc pas d'évidences actuellement pour apprécier le niveau du respect des droits humains en matière de VIH/Sida en Guinée.

En outre il n'y a pas de dispositif juridique et réglementaire en faveur des PS et des HSH, selon le CSN 2013-2017.

Les acteurs communautaires, dans leur rôle de veille citoyenne et d'interpellation des décideurs doivent se donner les moyens de documenter les dysfonctionnements du système de santé les cas de violation des droits humains liés au VIH.

La stratégie de ce domaine consistera à mettre en place un dispositif de veille depuis le niveau central jusqu'au niveau décentralisé pour suivre et documenter les dysfonctionnements et les cas de violation des droits humains liés au VIH. Ce dispositif, bien que devant s'appuyer sur les acteurs communautaires actifs sur le terrain pour la collecte de données, sera porté par un cadre fédérateur de la société civile, n'étant pas impliqué directement dans la mise en œuvre des activités.

Défis :

- Couvrir le territoire par des informateurs formels ou spontanés
- Mettre en place une structure faitière fédératrice des acteurs communautaires
- Assurer la fiabilité des données collectées

DAP :

- Mise en place d'un dispositif de veille sur l'accès aux services et le respect des droits humains dans le contexte du VIH/Sida

Menaces :

- Faible adhésion des acteurs communautaires à la cause des HSH et des PS

Axe 3 : plaidoyer pour la responsabilité sociale

L'axe 2 sur le suivi communautaire du respect des droits humains et de l'obligation redditionnelle produit des évidences qui doivent être exploitées pour influencer les politiques et les pratiques et améliorer la situation des populations en générale et des groupes vulnérables en particulier. Le plaidoyer doit être organisé du niveau central, jusqu'au niveau centralisé selon des analyses faites sur les niveaux de responsabilités. Il doit être fait également de manière citoyenne, en associant des propositions d'alternatives concrètes plus adaptées aux attentes des bénéficiaires et plus respectueuses des règles en vigueur.

Défis :

- Avoir une bonne cohésion au sein des acteurs communautaires
- Avoir des leaders champions en plaidoyer

DAP :

- Animation de cadre d'échange avec les décideurs
- Animation d'un plan de retro-action entre les représentants de la société civile au sein du CCM et les différents groupes constitutifs
- Information de l'opinion publique et des acteurs clés concernés sur les dysfonctionnements, la mobilisation et la gestion des ressources
- Sensibilisation de l'opinion et des acteurs concernés sur les droits humains dans le contexte du VIH/Sida
- Organisation de mobilisation sociale en faveur des droits et de la reddition des comptes
- Appui à l'élaboration et à la mise en oeuvre de micro-plans de plaidoyer
- Renforcement de la représentativité de la société civile au sein des instances de concertation et de prise de décision (CNLS, CCM, CTMTSE,)

Menaces :

- Les risques de récupération politiques
- Les conflits de leadership

Axe 4 : renforcement des capacités institutionnelles, de planification et du leadership communautaire

Sous-axe 3.1 : Renforcement des capacités institutionnelles et de coordination

L'état des lieux des interventions communautaires dans le domaine du VIH/Sida en Guinée a montré que les capacités institutionnelles des organisations communautaires sont très faibles. Il n'existe pas de cadre ou de schéma de coordination des interventions communautaires. Actuellement le lien entre les intervenants communautaires et le système public de santé n'est pas bien établi. Il est d'autant plus difficile à établir parce que les organisations communautaires ne jouissent pas d'une bonne stabilité institutionnelle, ni d'un schéma organisationnel du niveau central jusqu'au niveau décentralisé.

Pour obtenir une meilleure contribution des acteurs communautaires dans la réponse nationale aux IST/VIH/SIDA, les organisations communautaires doivent être renforcées au sein d'un système communautaire bien structuré et formalisé.

L'approche stratégique à ce niveau passera par la mise en place d'une structure faitière fédératrice des acteurs communautaires, qui travaillera à maîtriser l'organisation, les interventions, les résultats et les besoins de renforcement des capacités des organisations de la société civile. Cette structure sera au-dessus des structures de coordination existantes et mettra sur son caractère inclusif et transparent. Les partenaires devront coordonner leurs appuis pour

soutenir l'ancrage de cette structure.

- Défis :**
- Avoir une cartographie la plus exhaustive possible des acteurs et des interventions communautaires sur le territoire de la Guinée
 - Harmoniser les concepts de l'approche communautaire dans la réponse aux IST/VIH/SIDA avec ceux de la Politique Nationale de Santé Communautaire
- DAP :**
- Structuration d'une Plateforme nationale de la société civile intervenant dans le domaine de la santé en Guinée avec des démembrements au niveau régional
 - Mise en place d'un programme d'appui aux interventions communautaires et à la structuration de la société civile
 - Appui à la structuration interne des organisations de la société civile intervenant dans le domaine de la santé
 - Renforcement du cadre politique et réglementaire des interventions communautaires dans le domaine de la santé
 - Appui aux activités de coordination des acteurs de la société civile
 - Promotion des corps de métier issus des expertises communautaires
 - Promotion de la bonne gouvernance au sein des organisations communautaires
- Menaces :**
- Conflits de leadership entre acteurs communautaires
 - Résistance des acteurs publics

Sous-axe 3.2. : Renforcement des capacités de planification et de suivi-évaluation

Le CSN 2013-2017 évoque l'implication des acteurs communautaires uniquement au niveau préfectoral dans la planification de la réponse nationale aux IST/VIH/SIDA. Il ne décrit pas un lien entre cette implication au niveau local avec le niveau national pour permettre une meilleure visibilité des interventions communautaires. Vu que le renforcement de la participation des organisations communautaires dans la réponse nationale fait l'objet d'un résultat d'impact spécifique, et dans la vision du caractère multisectoriel de la planification, il convient qu'une démarche de planification et suivi-évaluation du secteur communautaire/société civile soit définie. Selon la logique de structuration de la société civile, elle peut se faire du niveau préfectoral par les organisations communautaires vers les relais de la Plateforme au niveau régional et du niveau régional au plan national (voir détail structuration de la société civile).

L'innovation de cette stratégie sera l'introduction de l'épidémiologie communautaire qui permettra aux acteurs communautaires de faire de la veille sanitaire, à l'image de la réponse à la maladie à virus Ebola.

- Défis :**
- Être reconnu par le SE/CNLS comme un secteur à part entière
- DAP :**
- Renforcement des capacités des intervenants communautaires en planification et suivi-évaluation
 - Promotion de l'épidémiologie communautaire des maladies
 - Promotion de la documentation des bonnes pratiques et de la gestion des

connaissances

- Appui aux activités de planification et de suivi-évaluation des intervenants communautaires

Menaces : - Dysfonctionnement du système national d'information sanitaire et du système de suivi-évaluation du SECNLS

Sous-axe 3.3 : Renforcement du leadership communautaire

La qualité du fonctionnement des organisations et du système communautaire est tributaire de la qualité des individus qui les composent et les dirigent. Si ces individus n'ont pas des valeurs communes qu'ils partagent et défendent, il est presque impossible de construire des organisations et un système fort. Par conséquent des initiatives doivent être menées au sein des acteurs communautaires afin qu'émergent ces valeurs et des personnes qui les incarnent pour l'intérêt des communautés.

Défis : - Obtenir la mise en pratique des concepts liés au leadership

DAP : - Renforcement des capacités des intervenants communautaires en leadership
- Promotion d'un label de leadership au sein des acteurs communautaires

Menaces : - RAS

3.8 Cadre de mise en œuvre de la stratégie communautaire

3.8.1 Structuration du secteur communautaire/société civile

La présente structuration part du principe de la subsidiarité de la Politique Nationale Sanitaire et du Code des Collectivités Territoriale, selon laquelle la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème. Elle s'appuie également du principe de la multisectorialité de la réponse nationale aux IST/VIH/SIDA. Elle se fait également dans une vision de construction d'un système communautaire fort pouvant avoir des relations de contractualisation avec les services publics et les partenaires techniques et financiers.

Dans ce sens, les acteurs de la société civile seront regroupés au sein d'une Plateforme de la société civile intervenant dans la santé. Cette Plateforme regroupera les structures de coordination communautaires existantes (réseaux) et des ONG/associations nationales non affiliées. Ses textes de gouvernance permettront de réguler les poids de ces deux types de membres. Elle aura des représentations au niveau des huit (8) régions sanitaires de la Guinée. La représentation au niveau régionale sera faite par celles des réseaux nationaux, des sections des ONG/associations nationales, des réseaux locaux et des ONG/Associations locales.

3.8.2 Acteurs et attribution des fonctions dans le secteur de la société civile/communautaire

3.8.2.1 Acteurs

Les acteurs du secteur de la société civile/communautaire dont :

- La plateforme de la société civile intervenant dans la santé et ses démembrements

- Les réseaux nationaux et locaux
- Les ONG/Associations nationales et locales
- Les leaders et regroupements communautaires informels
- Les agents communautaires

3.8.2.2 Attribution des fonctions

L'attribution des fonctions faite à ce niveau est à titre indicatif et pourrait être réajustée à la phase d'opérationnalisation de la stratégie, mais en veillant au respect du principe de la subsidiarité.

a) *La Plateforme et ses démembrements*

Ils sont en relation contractuelle avec l'administration publique centrale et décentralisée, ainsi que des collectivités locales du niveau national ou niveau régional. Ils ont principalement quatre (4) fonctions :

- **Représentation** : ils représenteront la société civile et les autres acteurs communautaires dans leur partenariat avec le secteur public, les partenaires techniques et financiers et les collectivités territoriales au niveau national et régional
- **Coordination de la planification et de suivi-évaluation** : ils veilleront à une planification cohérente et inclusive du secteur société civile/communautaire de la base vers le sommet, ainsi que le suivi-évaluation de la réponse sectorielle qui en sera issue. Elle s'interdira au mieux s'impliquer dans la coordination de la mise qui sera dévolue aux réseaux et ONG/Association. Ils tiennent à jour une cartographie des intervenants communautaires et des GAPs programmatiques depuis le niveau national jusqu'au niveau local.
- **Mobilisation des ressources et renforcement des capacités** : ils mobilisent les ressources ou appuient leurs membres dans la mobilisation des ressources. Ces ressources sont financières, matérielles, humaines et techniques. Ils tiennent à jour une cartographie des besoins de renforcement des capacités de leurs membres, des GAPs financiers, ainsi que des partenaires et initiatives de financement des interventions communautaires. Il élaborera un plan de mobilisation des ressources du secteur société civile/communautaire.
- **Plaidoyer et veille**: de par leur fonction de représentation, la Plateforme et ses démembrements sont les mieux placés pour porter les préoccupations des acteurs de la société civile et des autres acteurs communautaires auprès des autorités nationales et locales, ainsi que des partenaires techniques et financiers. Ils s'appuieront principalement la veillent qu'ils assureront au niveau des politiques et programmes publiques, mais également sur les résultats du dispositif de veille pour identifier les problématiques de plaidoyer. Ils mettront en place des stratégies de plaidoyer, avec un système de suivi et de retro-information des membres, ainsi que de l'opinion.

b) Les réseaux nationaux et locaux

Les réseaux nationaux et locaux sont en relation contractuelle avec les collectivités locales au-delà du niveau de décentralisation de la Plateforme (préfecture et sous-préfecture) et ont principalement trois (3) fonctions :

- **Coordination de la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation** : chaque réseau national et local aura la responsabilité de coordonner la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du plan de travail de ses membres. Selon leur structuration géographique, ils communiquent leur planification et leurs rapports au niveau correspondant de la Plateforme.
- **Mobilisation des ressources et renforcement des capacités** : ils mobilisent les ressources ou appuient leurs membres dans la mobilisation des ressources en adéquation avec la Plateforme. Ils sont responsables de la cartographie des besoins de renforcement des capacités de leurs membres et des GAPs financiers.
- **Plaidoyer et veille**: les réseaux nationaux et locaux sont directement responsables du plaidoyer et au-delà du niveau de décentralisation de la Plateforme c'est-à-dire au niveau préfectoral et sous préfectoral. Ils veilleront à associer les autres membres de la Plateforme et acteurs communautaires présents dans la localité. Ils mobilisent leurs membres pour participer à la veille et au plaidoyer.

c) Les ONG/Associations nationales et locales

Elles seront en relation contractuelles avec les collectivités locales, au-delà du niveau de décentralisation de la Plateforme (préfecture et sous-préfecture) et ont trois (3) fonctions principales:

- **Planification, mise en œuvre et suivi-évaluation** : chaque ONG/Association nationale et locale a la responsabilité de la planification, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation du plan de travail au niveau central et de ses sections. Selon leur niveau de représentation géographique, ils communiquent leur planification et leurs rapports au niveau correspondant de la Plateforme.
- **Mobilisation des ressources et renforcement des capacités** : ils mobilisent les ressources ou appuient leurs sections dans la mobilisation des ressources en adéquation avec la Plateforme. Ils sont responsables de la cartographie des besoins de renforcement des capacités de leurs organisations et ses sections, ainsi que des GAPs financiers.
- **Plaidoyer et veille**: les ONG/Associations nationales et locales peuvent s'approprier un plaidoyer au-delà du niveau de décentralisation de la Plateforme c'est-à-dire au niveau préfectoral et sous préfectoral. Ils veilleront à associer les autres membres de la Plateforme et acteurs communautaires présents dans la localité. Ils mobilisent leurs membres pour participer à la veille et au plaidoyer de la Plateforme.

d) Les leaders et regroupements communautaires informels

Les leaders communautaires sont des personnalités religieuses, coutumières, culturelles, sportives,... qui ont une aura auprès des communautés locales. Les regroupements informels sont des groupes de femmes, de jeunes, etc... reconnus par les communautés, mais sans reconnaissance officielle de l'administration publique.

Ils ont deux fonctions principales :

- **La mobilisation sociale** : ils seront les relais des ONG/associations au sein des communautés pour la mobilisation sociale autour des activités de santé.
- **La veille** : ils participeront à la veille sur la violation des droits humains au sein de la communauté et des services publics décentralisés

e) Les agents communautaires

Les agents communautaires regroupent les Agents de Santé Communautaires reconnus par le système public de santé et les volontaires associatifs œuvrant au sein des ONG/Association. Ils seront en relation contractuelle avec les ONG/Associations et auront principalement trois (3) fonctions :

- **La prestation** : ils seront les prestataires des services de prévention et du continuum des soins
- **La mobilisation sociale** : ils seront les relais des ONG/associations au sein des communautés pour la mobilisation sociale autour des activités de santé.
- **La veille** : ils participeront à la veille sur la violation des droits humains au sein de la communauté et des services publics décentralisés, ainsi que les dysfonctionnements des services de santé

3.9 Dispositif d'accompagnement de la mise en œuvre de la stratégie communautaire

3.9.1 Dispositif institutionnel et réglementaire

Le secteur société civile/communautaire doit être formellement reconnu et intégré dans le dispositif de planification, de coordination et de suivi-évaluation de la réponse nationale aux IST/VIH/Sida. Le plan de planification et de suivi-évaluation qui complète le document de stratégie communautaire proposera les aspects opérationnels, mais des actes institutionnels devraient être pris pour reconnaître institutionnellement la Plateforme, ainsi ses modalités d'intervention dans la réponse nationale au VIH et de la santé en général. Cet acte garantira également la représentativité de la Plateforme dans les instances nationales de planification, de coordination et de suivi des programmes de santé.

3.9.2 Appui organisationnel

La forme d'organisation de la Plateforme est capitale pour répondre aux attentes. Ces missions doivent être bien définies de sorte à ne pas être en conflit avec ses membres ou un autre partenaire existant. Son organisation doit permettre de prendre en compte les différents types d'organisations et son fonctionnement devrait être le plus transparent possible et le plus inclusif possible pour éviter les conflits en son sein. Le présent document de stratégie donne des orientations sur les missions et l'organisation de cette Plateforme, mais une étude de faisabilité devrait permettre d'engager une analyse plus profonde et une négociation entre les différents acteurs pour l'ancrage réel de la Plateforme au niveau central et décentralisé.

3.9.3 Mécanisme de financement

La réussite de la mise en œuvre de la stratégie communautaire sera tributaire du niveau des ressources qui y sera consacrées et de la cohérence dans l'octroi de ces ressources.

Deux alternatives sont possibles pour renforcer la mobilisation des ressources et l'alignement des subventions des différents partenaires.

- Création d'un panier commun sur le financement des interventions communautaires: il peut se présenter sous la forme d'un programme d'appui aux interventions communautaire dans le secteur de la Santé. Chaque bailleur y virera ses ressources pour le financement de la réponse sectorielle société civile/communautaire. La mise en commun des ressources n'exclut pas le ciblage des priorités de chaque partenaire et la mise en place d'une stratégie de communication pour garder la visibilité des interventions de chaque partenaire.
- La création d'un cadre d'engagement annuel des partenaires d'appui des interventions communautaires. Ce cadre sera à l'image d'une table-ronde des bailleurs de fonds autour de la réponse annuelle sectorielle société civile/communautaire, qui est en réalité le plan d'action annuel de la Plateforme. Chaque partenaire indiquera les activités planifiées sur lesquelles il s'engage et la hauteur de l'engagement financier, technique ou matériel. Ces différents engagements ne sont pas versés dans un panier commun, chaque partenaire assurant la gestion de ses ressources mais en collaboration avec la Plateforme et les autres partenaires pour garantir la cohésion.

Il peut avoir une troisième option qui combine à plusieurs niveaux ces deux autres, permettant une concertation entre les partenaires, en leur offrant la possibilité de virer leurs ressources dans le panier commun, ou d'assurer leurs gestions directement mais en harmonie avec les autres et selon la planification de la Plateforme.

CHAPITRE IV : DISPOSITIF DE SUIVI-ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE COMMUNAUTAIRE

Le présent plan de suivi-évaluation s'appuie sur celui mis en place par le SE/CNLS et dans la mesure du possible du Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Il veille à exploiter les acquis de ces différents plans et à minimiser leurs faiblesses pour des données plus complètes et fiables en matière d'interventions communautaires. Le dispositif de suivi des interventions communautaires n'est donc pas parallèle à ceux de la réponse nationale aux IST/VIH/SIDA ou du système de santé, mais a plutôt pour ambition d'être une composante complémentaire qui puisse permettre de maîtriser les évidences sur l'ampleur des problématiques sur le terrain et la portée des interventions menées.

Il décrira ainsi les objectifs visés dans le cadre suivi-évaluation des interventions communautaires, les acteurs impliqués et leurs rôles, les liens avec les dispositifs existants.

4.1. Résumé du cadre institutionnel de suivi évaluation du CSN

4.1.1. Acteurs et rôles

- **Le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida**

Le SE/CNLS suit les activités de l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH, et s'assure que ces activités entrent bien dans le cadre du CSN. En outre, il fixe les objectifs de la lutte contre le VIH, et évalue l'atteinte de ces résultats.

Dans ce cadre, le SE/CNLS centralise l'ensemble des données chiffrées et des documents nécessaires à l'évaluation des indicateurs du cadre de performance du CSN.

Au sein du SE/CNLS, le Département Planification Suivi-Evaluation et Recherche (DPSER) est en charge de l'animation et de l'encadrement de l'ensemble des activités de Planification, de Suivi Evaluation de la lutte contre le VIH en Guinée.

- **La Commission Technique Multisectorielle de Travail en Suivi Evaluation du VIH/Sida (CTMTSE)**

Il est un organe d'orientation de l'action et de validation des données compilées du DPSER du SE/CNLS et regroupe les principaux acteurs de la lutte contre le VIH en Guinée : différents ministères impliqués dans la lutte contre le VIH, représentants des Directions Régionales de la Santé (DRS) et des Hôpitaux Régionaux, organisations de la société civiles, secteur privé, Agences des nations unies et partenaires techniques et financiers.

- **Le Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA**

Il est en charge du suivi des activités de lutte contre le VIH dans le secteur santé. Il suit la mise en œuvre des activités de dépistage et de prise en charge du VIH, et participe à l'évaluation des résultats de ces activités. Il est responsable de la production et de la qualité des données relatives aux activités de prise en charge du VIH. Il compile et analyse toutes les données du secteur de la

santé dans un délai correspondant aux besoins du Suivi Evaluation des principaux partenaires de la lutte contre les IST/VIH.

- **Les Partenaires Techniques et Financiers**

Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) impliqués dans la lutte contre le VIH sont essentiellement des organismes du système des nations unies (ONUSIDA, UNICEF, OMS, UNFPA, UNDP...), des ONGs (MSF, DREAM, SOLTHIS, PSI,...) ou des Bailleurs de Fonds (Fonds Mondial). Ils appuient le pays directement pour l'amélioration du système national de Suivi-Evaluation. Ces appuis se traduisent par la conception des documents stratégiques et l'opérationnalisation du dispositif de suivi évaluation. En outre, ces partenaires peuvent être amenés à fournir des informations pertinentes et pourraient en demander pour évaluer ces appuis.

- **Le chargé de S&E de la coordination régionale du SE/CNLS**

Il est responsable du suivi et de l'évaluation des activités de la réponse nationale au niveau régional, en collaboration avec le Médecin chargé de maladie régionale et le Service régional de l'administration et de coordination des ONGs (SERACO). Dans ce sens, il est chargé de la compilation des données de la région et de leur archivage, de leur transmission à la DPSE et de la retro-information aux acteurs de terrain.

- **Le point focal IST/VIH de la direction préfectorale de la santé et le directeur des microréalisations préfectorales**

Ils sont responsables du suivi et de l'évaluation des activités de la réponse nationale au niveau préfectoral. En plus de leurs rôles de compilation des données et de leur diffusion aux différents acteurs, ils assurent également l'appui-supervision des acteurs de terrain dans l'utilisation des outils et le contrôle de la qualité des données.

- **La Société Civile**

La société civile guinéenne, à travers des ONGs ou des associations, participe à la lutte contre le VIH, en particuliers dans les domaines de l'éducation, de la prévention, et de la prise en charge médicale. Ces activités, quand elles ne relèvent pas exclusivement de la prise en charge médicale du VIH, sont suivies directement par le SE/CNLS, qui en suit la mise en œuvre, et en évalue la contribution à l'atteinte des résultats du CSN.

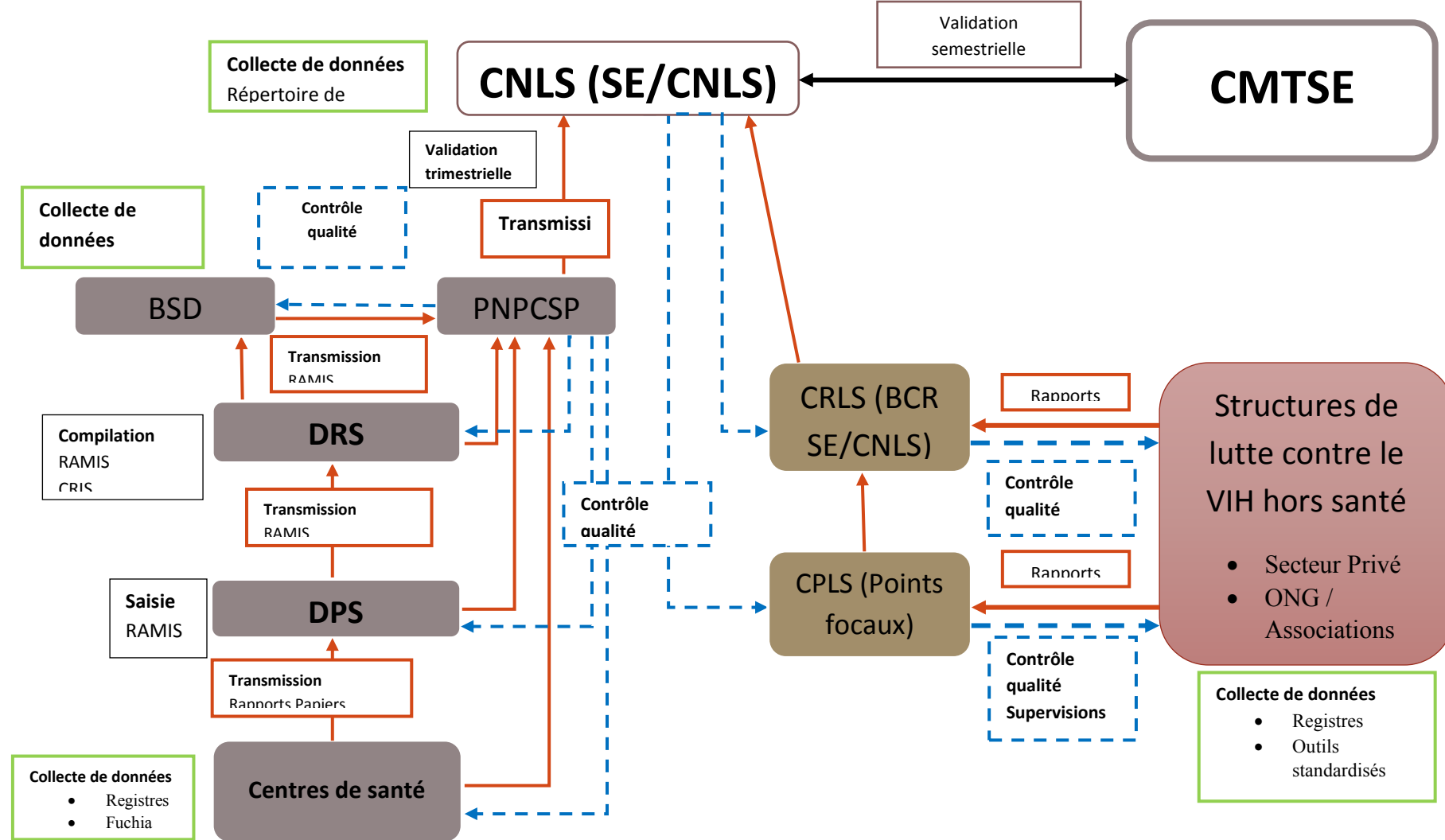


Figure 1 : Cadre institutionnel et circuit de l'information du Cadre stratégique national de lutte contre les IST/VIH 2013-2017



4.2. Description du dispositif de suivi-évaluation de la société civile

4.2.1. Analyse de l'implication de la société civile dans le dispositif nationale

Selon les orientations du dispositif national, les organisations de la société civile transmettent leurs données aux points focaux IST/VIH de la direction préfectorale de la santé et du directeur des microréalisations préfectorales au niveau préfectoral et au chargé de suivi-évaluation de la coordination régionale du SECNLS au niveau régional. Le dispositif ne prévoit pas une transmission des données au niveau national par les ONG/Associations nationales ou les structures de coordination de la société civile.

Toutefois, des structures de coordinations de la société civile sont membres de la Commission Technique Multisectorielle de Travail en Suivi Evaluation du VIH/Sida (CTMTSE). Cependant cet acquis est réduit par le fait déjà qu'il n'est pas prévu un mécanisme d'interaction entre les représentants de la société civile au sein de la commission avec leurs bases, mais également par le fait que la commission n'est pas encore fonctionnelle.

Le niveau d'implication actuelle permet également de prendre en compte les données issues d'activités de prestation de service, mais non des données sur le suivi communautaire et le plaidoyer pour l'amélioration de la réponse nationale.

4.2.2. Les acteurs de suivi-évaluation de la société civile et leurs rôles

4.2.2.1. Le Responsable du suivi-évaluation de la Plateforme OSC Santé

Le Responsable du suivi-évaluation de la Plateforme OSC Santé est chargé de la coordination des activités de suivi-évaluation de la stratégie d'intervention communautaire. Il est chargé particulièrement chargé de :

- Veiller à la disponibilité des outils de collecte des données auprès des acteurs communautaires
- Mobiliser les ressources nécessaires au renforcement des capacités des acteurs communautaires en suivi-évaluation et en recherche communautaire
- Veiller au respect du calendrier de collecte et de remontée des données
- Promouvoir l'assurance qualité des données de la société civile
- Rédiger les rapports nationaux de la collecte des données et assurer leur diffusion
- Préparer les rencontres du Groupe Ad 'hoc de validation

4.2.2.2. Le Groupe Ad 'hoc de validation

Le Groupe Ad' hoc de validation des données des interventions communautaires est un organe composé par des représentants de la Plateforme OSC Santé, du secteur public et privé et des partenaires techniques et financiers. La représentativité de la Plateforme doit respecter sa structuration finale allant du niveau central (bureau) au niveau des acteurs de terrain (préfecture

et sous-préfecture), en passant par le niveau régional (représentations régionales). Elle aura principalement pour rôle de :

- Valider le rapport de suivi-évaluation annuel des interventions communautaires dans la réponse aux IST/VIH/SIDA
- Analyser les évidences produites qui méritent que la réponse nationale en tienne compte dans ses prochaines planifications
- Analyser les forces et les faiblesses du dispositif de la société civile et proposer un plan de renforcement

4.2.2.3. Le responsable régional du suivi-évaluation de la Plateforme OSC Santé

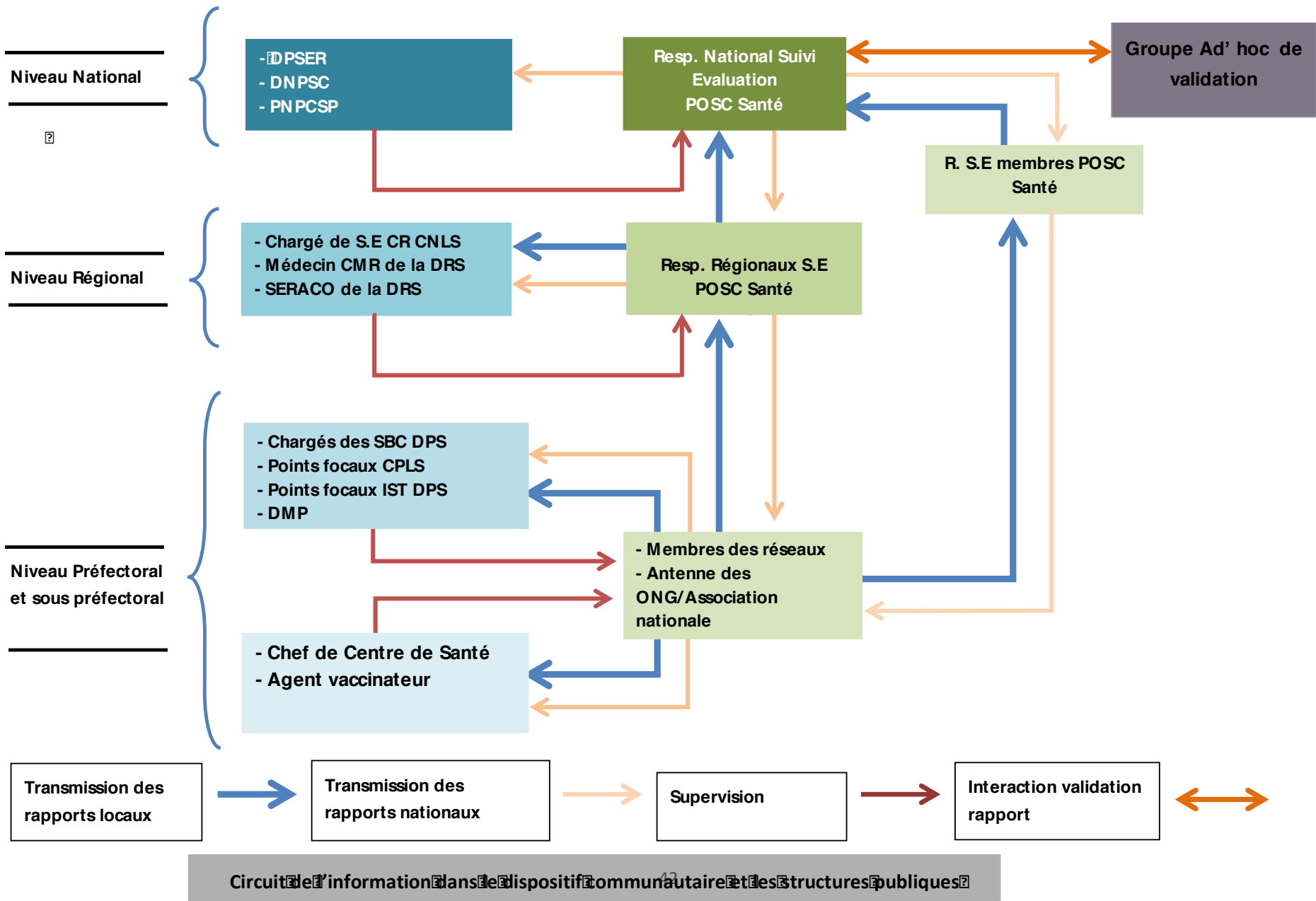
Le Responsable du suivi-évaluation de la Plateforme OSC Santé est chargé de la coordination des activités de suivi-évaluation de la stratégie d'intervention communautaire. Il est chargé particulièrement chargé de :

- Veiller à la disponibilité des outils de collecte des données auprès des acteurs communautaires de sa région
- Participer au renforcement des capacités des acteurs communautaires en suivi-évaluation et en recherche communautaire
- Veiller au respect du calendrier de collecte et de remontée des données
- Promouvoir l'assurance qualité des données de la société civile
- Rédiger les rapports régionaux de la collecte des données et assurer leur diffusion

4.2.2.4. Les responsables du suivi-évaluation des membres de la Plateforme OSC Santé

Chaque responsables de suivi-évaluation des membres de la Plateforme OSC Santé est chargé de :

- Veiller à la disponibilité des outils de collecte au niveau des acteurs de terrain de son organisation
- Veiller au respect du calendrier de collecte et de remontée des données
- Promouvoir l'assurance qualité des données auprès des acteurs de terrain
- Rédiger les rapports de la collecte des données de son organisation et assurer leur diffusion



Annexe 1: Définition des concepts

Les définitions des concepts retenus sont ceux du document sur le « *Cadre de renforcement des systèmes communautaires*⁵ » publié par le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (en mai 2010) :

- **Systèmes communautaires** : ensemble des structures et mécanismes dirigés et utilisés par les communautés, et grâce auxquels leurs membres et organisations /groupes communautaires entrent en relation, coordonnent et mettent en œuvre leur réponse aux problèmes et aux besoins affectant leur communauté.
- **Renforcement du système communautaire** : démarche qui favorise le développement de l'information, des capacités et de la coordination des communautés, organisations, groupes et structures communautaires. Le renforcement du système communautaire permet aux intervenants communautaires de contribuer sur un même pied d'égalité avec d'autres à la pérennisation des interventions sanitaires et communautaires.
- **Communautés** : sont formées de personnes ayant des liens divers et variés. Elles sont multiples et dynamiques et une personne peut appartenir à plusieurs communautés. Les membres des communautés peuvent être liés entre eux du fait de l'endroit où ils vivent ou parce qu'ils partagent des expériences, des problèmes sanitaires ou autres, des conditions de vie, une culture, une religion, une identité ou des valeurs.
- **Organisations communautaires** : ce sont des organisations qui voient en général le jour dans une communauté en réponse à des besoins ou à des problèmes particuliers et sont organisées à l'échelle locale par les membres de la communauté. Les organisations non gouvernementales ont le plus souvent une personnalité juridique en étant, par exemple, enregistrées auprès des autorités locales ou nationales. Elles ne peuvent intervenir qu'au niveau communautaire ou agir dans le cadre d'une ONG nationale, régionale ou internationale à laquelle elles appartiennent. Certains groupes débutent leurs activités comme organisations communautaires avant de s'enregistrer en tant qu'organisations non gouvernementales dès lors que leurs programmes prennent de l'ampleur et qu'elles doivent mobiliser des ressources provenant de partenaires qui ne financeront que des organisations ayant une existence légale.
- **Intervenants communautaires** : forment l'ensemble de ceux qui agissent au niveau de la communauté pour lui apporter des services et des activités qui favorisent l'amélioration des pratiques et des politiques. Cela englobe de nombreux groupes, organisations et individus de la société civile qui travaillent avec les communautés, en particulier les organisations communautaires, non gouvernementales et confessionnelles, ainsi que les réseaux et associations de personnes affectées par des problèmes particuliers comme le VIH.

⁵http://www.theglobalfund.org/documents/civil_society/CivilSociety_CommunitySystemsStrengthening_Framework_fr/

Annexe 2 : Liste des tableaux

Tableau 1: Tableau récapitulatif des indicateurs sociodémographiques.....	9
Tableau 2: indicateur sur l'état de santé de la population guinéenne.....	10
Tableau 3: Taux d'accessibilité géographique des structures de soins publiques.....	13
Tableau 4: Répartition géographique des services VIH/SIDA par type de structures (publiques, associatives et privées).....	13
Tableau 5: Résultats de l'évaluation de la qualité dans les structures publiques.....	14
Tableau 6: Evolution des indicateurs d'activités des centres de Santé en Guinée de 2007 à 2011.....	14
Tableau 7: Prévalence du VIH chez les femmes enceintes par région sanitaire en 2008.....	16
Tableau 8: Implication des organisations communautaires dans la mise en œuvre de l'axe1 du CSN 2013-2017.....	18

Annexe 3 : Liste des figures

Figure 1: Distribution des nouvelles infections par modes de transmission selon l'enquête MoT de 2012	18
---	----

Annexe 4 : Participants à l'élaboration et à la validation de la stratégie nationale des interventions communautaires VIH en Guinée

Prénoms et Noms	Structure	Fonction	Téléphone
Yacouba SAKHON	AGBEF	Responsable de communication	664338176/628122462
Aissatou Lamarana BAH	FEG	Présidente	628314426
Dr Mamey CONTE	PNPCSP	Chef de l'unité IEC/CCC	657327232
Dr Gamet CAMARA	DNPSC/MS	Chargé d'étude	628990205
Dr Enogo KOIVOGUI	DNPSC/MS	Chef section	622425316
Abdoul Karim DIALLO	FMG	Suivi-évaluation	622610640
Ousmane Kadiatou DIALLO	AJFDG	Membre	628364721
Hassane DAFF	AAEC	Membre	
Aboubacar Sidiki KOUROUMA	REGAP+	Vice-Président	622446410
T. Ahmadou SOW	Health-Focus	Consultant	622697809
Boubacar Biro BARRY	AGUITEB	President	628400307
Stephanie DREZE	MSF	Responsable plaidoyer	656555300
Dr Gaspard LOUA	OPALS	Reference Médical	666782725
Dr Achille GUEMOU	RENASEG	President	622080055
Fta. Estelle MANSARE	UNICEF	APCUD	628394506
Francine OUEDRAOGO	UNICEF	Responsable VIH	628346722
Etienne GUILLARD	SOLTHIS	Directeur RSS	0033682852600

Dr Hugues TRAORE	PSI/Guinée	Directeur des programmes	624618099
Jean Kongo OUAMOUNO	PSI/Guinée	IEC/CCC/VIH-TB	622896421
Simon KABORE	PSI/Guinée	Consultant	623866557
Dr Thierno Soulemane DIALLO	SE/CNLS	Chef de département	624196274
Adama CAMARA	SE/CNLS	Chef de DPSC	624196251
Dr Doussoubé KEITA	SE/CNLS	Responsable RSE	623758666
Sanaba KABA	SE/CNLS	Assistante comptable	623758743
Adama CAMARA	SE/CNLS	Chef de département partenariat et société civile	621331855
Alseny Ibrahim	SE/CNLS	Responsable planification	624196208



PRIMATURE

REPUBLIQUE DE GUINEE

PRIMATURE

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT EXECUTIF



Stratégie nationale de plaidoyer/Droits humains pour l'amélioration des résultats en matière de santé liés au VIH

Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe et les personnes vivant avec le VIH et le sida en Guinée



Préface

Depuis le début de l'épidémie du sida, la stigmatisation et la discrimination ont alimenté la transmission du VIH et ont largement aggravé les répercussions négatives de cette épidémie.

La stigmatisation ainsi que la discrimination liées au VIH continuent à se manifester dans tout le pays et dans toutes les régions et constituent des obstacles majeurs à la prévention de nouvelles infections, à l'atténuation de l'impact et à la fourniture d'une prise en charge, d'un soutien et d'un traitement adéquats.

Ces deux faits sont provoqués par toutes sortes de facteurs particulièrement une mauvaise compréhension de la maladie, les mythes concernant la transmission du VIH, l'insuffisance de l'accès au traitement, la manière dont les médias parlent de l'épidémie, le fait que le sida soit incurable, ainsi que les préjugés et les craintes liés à un certain nombre de questions sensibles d'ordre social comme la sexualité, la consommation de drogues, la maladie et la mort.

Les victimes de la stigmatisation et de la discrimination restent en tout premier lieu les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations à risque notamment les professionnelles du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. La stigmatisation et la discrimination conduisent généralement à d'autres violations des droits de l'être humain, ce qui affecte fondamentalement le bien-être de ces personnes. Toutefois ces personnes doivent pouvoir vivre et recevoir compassion et soutien de notre part et des communautés au sein desquelles elles vivent.

Des actions de plaidoyers sont plus que nécessaires pour favoriser la prise de décision et d'action favorable à un changement d'attitude vis-à-vis des victimes de discrimination.

Nous saluons fortement l'élaboration du présent guide qui permettra de mettre en œuvre les stratégies en vue de ce changement.

Au nom de Son Excellence Monsieur le Premier Ministre, Monsieur Mamady YOULA, Président du Comité National de Lutte contre le Sida et au nom du Secrétariat Exécutif du CNLS, nous remercions tous les partenaires notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et PSI/Guinée ainsi que toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce présent guide.

Secrétaire Exécutif du Comité
National de Lutte contre le Sida



Secrétaire
Exécutif

Abass DIAKITÉ



Contenu

Préface	1
Liste des Abréviations et des Acronymes	3
Introduction	4
1. Qu'est-ce que le Plaidoyer ?	5
Défis pour une stratégie de plaidoyer significative.....	7
Stratégie de défense des droits de l'homme, Théorie du changement.....	8
Domaine 1. RENFORCER LA CAPACITÉ INTERNE DES POPULATIONS CLES	9
Participation aux organisations des PC et à la défense des intérêts	10
Formation des médias pour les Populations clés.....	11
Formation juridique et services pour les dirigeants et les membres des PC.....	11
Formation sur le conseil et la médiation familiale	12
PC et PVVIH, visibilité.....	12
Domaine 2. BASE DE CONNAISSANCE AMÉLIORÉE SUR LE DROIT ET LES DROITS DE L'HOMME EN CE QUI CONCERNE LES PC ET LES PVVIH	14
Domaine 3. PLAIDOYER EN ACTION	16
PRINCIPALES QUESTIONS DE PLAIDOYER POUR LES PC ET LES PVVIH	27
Conclusion	30

Liste des Abréviations et des Acronymes

AI	Amnisty International
CEFM	Mariage Forcé Précoce des Enfants
FGM	Mutilation Génitale Féminine
TFS	Travailleur Féminin de Sexe
GdG	Gouvernement de Guinée
HIV	Virus Immuno Déficience Humaine
ICCPR	Convention Internationale sur les Droits Civiles et Politiques
PC	Population Clé
LGBT	Lesbienne, Homosexuel, Bisexuel et Transgenre
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes
ESCOMB	Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique
OPROGEM	Bureau pour la Protection du Genre, des Enfants et des Morales
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH et le SIDA
REGAP+	Réseau Guinéen d'Associations des Personnes Séropositives
SOGI	Orientation Sexuelle et Identité du Genre
TS ou SW	Travailleurs du Sexe
UNDP	Programme des Nations Unies pour le Développement

Introduction

Partout dans le monde, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les travailleurs du sexe (TS) sont les plus vulnérables au VIH, près de la moitié de toutes les nouvelles infections se produisant parmi ces groupes. Parallèlement, les HSH et les TS font face à une stigmatisation et à une discrimination sociale sévère et, de ce fait, sont les plus marginalisés en termes d'accès aux produits et services liés au VIH. Les préjugés et la discrimination figurent parmi les plus grands obstacles à l'accès aux services et aux produits contre le VIH auxquels sont confrontés les HSH et les TS ainsi que les PVVIH. Cependant, une attention particulière a été accordée à la vulnérabilité au VIH de ces populations clés (PC) en Guinée.

Bien que les interventions ciblées et adaptées du secteur de la santé à l'échelle mondiale (y compris les tests, les interventions comportementales, l'échange de seringues, l'augmentation de la disponibilité des préservatifs et des lubrifiants, etc.) constituent un élément essentiel de la réponse à leur vulnérabilité, l'auto-actualisation nécessaire pour s'engager systématiquement dans les comportements de recherche de santé est également important. Assurer la pleine jouissance des droits de l'homme pour les membres des PC et pour les PVVIH devient un impératif de santé publique.

Objectif stratégique 4 du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial / GFATM) pour 2012-2016 souligne la place centrale des droits de l'homme dans la lutte contre le VIH. Il appelle à «des investissements accrus dans des programmes visant à éliminer les obstacles liés à l'accès aux droits de l'homme» aux services liés au VIH. L'objectif stratégique 4.3 indique que le Fonds mondial n'appuie pas les programmes portant atteinte aux droits de l'homme. En d'autres termes, les activités doivent interrompre les modèles de sexisme, d'homophobie, de stigmatisation et de discrimination liées à la santé plutôt que de les appuyer. Cela peut être un vrai défi, étant donné que les valeurs guinéennes en général sont intolérantes envers l'homosexualité et le travail sexuel, et souvent rudes envers les PVVIH. Les responsables de la mise en œuvre du projet doivent être constamment vigilants pour reconnaître les préjugés structurels qui perpétuent les violations des droits humains et la stigmatisation sociale contre les PC. Par exemple, les programmes ciblant les PC qui ne traitent pas de l'homophobie parmi le personnel de mise en œuvre ou qui encouragent des jugements sévères sur le travail du sexe portent atteinte à la dignité de leurs bénéficiaires visés, ne réussiront pas à attirer et à conserver des clients et s'avéreront finalement inefficaces.

La Stratégie nationale de Guinée pour la prévention combinée du traitement des populations clés 2015 à 2017 reconnaît que les HSH et les TS ont été négligés dans les efforts nationaux de prévention du VIH et que cela doit changer. Article 12 de 2009¹

La loi guinéenne sur la santé et les droits en matière de reproduction rend manifeste l'engagement du gouvernement de la Guinée (GdG) à répondre aux besoins des PVVIH en matière de santé et de droits humains et l'article 8 stipule que les campagnes d'éducation VIH doivent inclure des activités répondant aux besoins des personnes, tout en reconnaissant les dommages liés au VIH inhérents aux inégalités entre les sexes². La loi

¹ Estimations préliminaires basées sur des pays sélectionnés qui utilisent soit des analyses publiées des modes de transmission, soit des estimations de nouvelles infections à partir des estimations de la prévalence du VIH et de la taille de la population clé, soit des modes de transmission déclarés à partir de diagnostics notifiés.

Organisation mondiale de la Santé, Prévention, diagnostic, traitement et prise en charge du VIH pour les populations clés. (WHO / HIV / 2014.8, juillet 2014).

Ce document de stratégie se concentre sur les HSH et les TS, bien qu'il existe d'autres groupes de PC en Guinée identifiés par le GdG et l'ONUSIDA.

La Stratégie du Fonds mondial 2012-2016: Investir pour l'impact. N° de réf.: Np, n.d. Impression.

Stratégie Nationale de Prévention Combinée et de Traitement Envers les Populations Clés, 2015 -2017, p. 9.

² *La campagne nationale ...sur le VIH...doit être adaptée à...l'orientation sexuelle des différents groupes cibles... et promouvoir l'acceptation et l'intégration des PVVIH et des groupes vulnérables et marginalisés au sein des communautés.* HIV Law, Article 8, sections b and f.

précise également que c'est la responsabilité du gouvernement de lutter contre la stigmatisation et la discrimination auxquelles font face les PVVIH et de promouvoir l'acceptation des PVVIH et d'autres groupes marginalisés au sein de leurs communautés. L'article 29 garantit le traitement médical du VIH à ceux qui en ont besoin. L'article 12 garantit que ceux qui fournissent des informations et des services sur le VIH doivent le faire «sans distinction de sexe ou de statut social».

Dans sa note succincte de présentation pour le cycle de subventions 2015-2017 du Fonds mondial, le GdG a accordé la priorité à la réduction de la transmission du VIH parmi les HSH et les TS. Il reconnaît l'indivisibilité d'une stratégie de prévention du VIH réussie pour les PC et la mise en œuvre d'un programme robuste pour améliorer et assurer la protection des droits de l'homme. La note succincte de présentation appelait également à la pleine participation des organisations de PC à la riposte au VIH. Cette approche témoigne d'un engagement profond de la part du GdG à contrôler l'épidémie de VIH au moyen d'une stratégie combinée qui utilise plusieurs approches éprouvées, y compris l'autonomisation, l'engagement et le renforcement des capacités du leadership de PC.

L'objectif de cette Stratégie de défense des droits de la personne est de réduire les obstacles aux services et aux produits liés au VIH pour les HSH, les TS et les PVVIH d'ici décembre 2017 en améliorant l'environnement des droits humains de ces groupes. Ce document propose un chemin pour atteindre cet objectif en décrivant les différentes façons dont le droit, les politiques, la stigmatisation et la discrimination réduisent l'accès aux services VIH par les PC en Guinée et proposent une stratégie pour le démantèlement de ces obstacles. Cette stratégie offre une feuille de route pour dynamiser la lutte de la Guinée contre l'épidémie du VIH et sa quête pour établir l'état de droit de tous ses citoyens jusqu'aux plus marginalisés.

Les bénéficiaires principaux de ce document de stratégie sont les principaux récipiendaires de la subvention actuelle du Fonds mondial pour les PC: Population Services International (PSI) et le CNLS guinéen sont ceux qui ont la responsabilité première de la mise en œuvre de cette stratégie. En outre, les organisations qui servent les PC, les réseaux de PVVIH et les sous-bénéficiaires des droits de l'homme / défense des droits (FR) - la Fraternité Médicale de Guinée, SOLTHIS et AGUITEB - trouveront également ce document comme un plan important pour le travail à venir. Parmi les autres publics intéressés figurent la CCM guinéenne (Instance de Coordination nationale), divers ministères responsables de la santé et des droits de l'homme, ainsi que d'autres ONG partenaires et alliés stratégiques.

1. Qu'est-ce que le Plaidoyer ?

Quelques définitions

Le plaidoyer concerne le changement. Il s'agit d'un processus par lequel un ensemble d'acteurs assimilés essaie d'influencer des individus ou des institutions dont les décisions, les politiques ou les pratiques ont un pouvoir ou un impact sur leur vie.

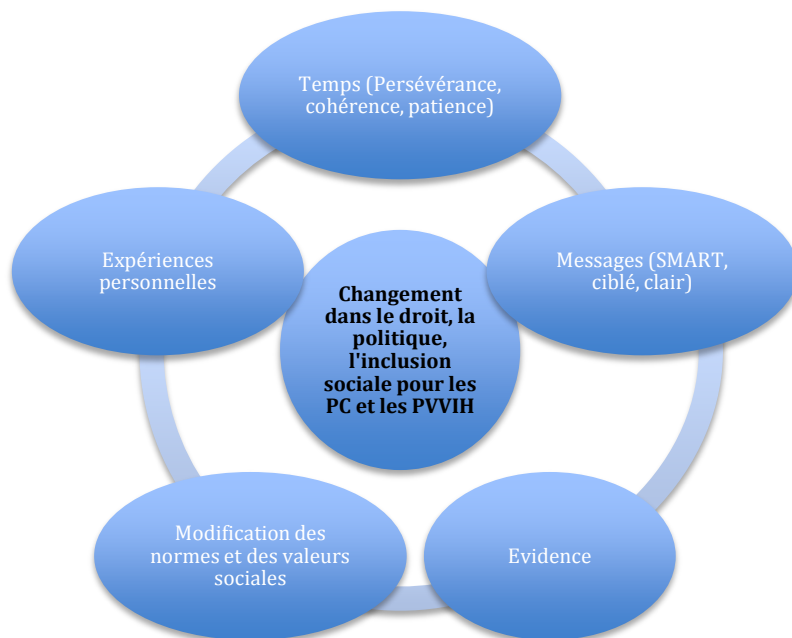
Le plaidoyer se fait à plusieurs niveaux. Le plaidoyer pour les PC peut se concentrer sur les politiques, pratiques, attitudes et comportements des différents secteurs cibles (agents de la loi, médias, fonctionnaires locaux, dirigeants religieux, etc.) qui peuvent être efficacement influencés aux niveaux national, sous-national et / ou local .

Les stratégies de plaidoyer peuvent être multidimensionnelles. Ils peuvent inclure des campagnes de rédaction de lettres, des événements publics, des campagnes médiatiques et l'engagement en face à face avec les décideurs, ce qu'on appelle habituellement le lobbying. Le plaidoyer doit être basé sur des preuves solides, des histoires convaincantes et des faits mortels³. (Voir la zone de texte 4 pour plus d'exemples et d'approches de plaidoyer qui pourraient être utiles pour les PC en Guinée).

Le plaidoyer devrait être «dirigé par les constituants», alors que les alliés peuvent parfois préconiser «au nom de» des groupes marginalisés comme les PC, en particulier lorsqu'il est risqué pour eux de le faire eux-mêmes. Les perspectives et les objectifs de plaidoyer des personnes concernées doivent toujours être prioritaires. Bien que les HSH, les PVVIH et les TS ne soient pas toujours prêts pour la visibilité que le plaidoyer implique souvent, il incombe à leurs alliés de rechercher systématiquement leur approbation et leurs perspectives et de chercher des moyens sûrs de promouvoir leur visibilité dans le processus de plaidoyer.

Le plaidoyer prend du temps. Les rouages du changement politique et social peuvent se transformer très lentement (même s'ils accélèrent quelquefois de façon surprenante). Le droit formel guinéen a ses racines dans la jurisprudence française du XIXe siècle et les origines du droit traditionnel guinéen sont encore plus anciennes. Les opinions et les valeurs relatives à la sexualité, au genre, à la maladie et à d'autres questions liées aux convictions sur les droits de l'homme et les droits de la personne sont profondément enracinées. Les défenseurs des droits de l'homme et de l'inclusion sociale de PC doivent être prêts pour des campagnes de plaidoyer progressives qui identifient et utilisent des repères pour mesurer les progrès à long terme.

Schéma 1



³ Les faits tueurs "sont irréfutables, quelque peu dramatiques, des morceaux de données qui sont destinés à changer l'opinion et développer un soutien pour un problème. Ils sont censés surprendre, humaniser, juxtaposer et montrer l'absurdité de la mauvaise législation, la politique ou la pratique. Dans le cas de PC les faits tueurs incluent «HSH en Guinée ont le taux de séroprévalence du VIH le plus élevé de tout groupe près de 57%», ou «Globalement, les travailleurs du sexe ont 75% de probabilité de subir la violence sexuelle à un moment donné de leur carrière. Pour en savoir plus sur les «faits tueurs», voir <https://oxfamblogs.org/fp2p/how-to-write-killer-facts-and-graphics-what-are-your-best-examples/>).

Les succès de plaidoyer sont souvent liés aux relations et aux expériences personnelles de la cible. Les opinions sur les groupes marginalisés et la validité des revendications de droits de l'homme pour les PC changent lorsque ces personnes ont des expériences positives avec les membres des PC. Le plaidoyer doit impliquer la décomposition des mythes, l'humanisation et la mise en évidence des expériences vécues des PC par des visites, des lettres, des appels téléphoniques et le déploiement de relations personnelles entre les dirigeants des PC et les législateurs, les journalistes, les dirigeants des institutions chargées de l'application de la loi et les autres décideurs pendant une certaine période.

Le plaidoyer est à la fois personnel et politique. Il reconnaît que les individus ont des opinions profondément personnelles, fondées souvent sur la religion ou la culture, sur les PC et que changer ces opinions exige de changer des valeurs profondément enracinées. Il reconnaît et utilise à la fois le fait que les médias, les chefs religieux et les institutions politiques ont des engagements éthiques, juridiques et constitutionnels, ainsi que des impératifs politiques et financiers au-delà des croyances personnelles des individus et que cela influencera aussi les actions et la prise de décision.

Le plaidoyer se réfère habituellement à l'influence des décideurs et des institutions influentes au-dessus du niveau des ménages. Le terme «plaidoyer» n'est généralement pas employé lorsqu'il s'agit d'éduquer ou de changer les opinions des individus. Le plaidoyer a normalement un «objectif de changement de politique».

Éviter le jeu

La dernière décennie de plaidoyer en matière de droits sexuels en Afrique a vu des progrès importants. Des pays comme le Botswana, le Malawi, le Mozambique et l'Afrique du Sud ont fait des progrès considérables pour assurer les droits des HSH et des Travailleurs du sexe. Malheureusement, d'autres pays, notamment le Burundi, le Nigéria et l'Ouganda, ont réagi violemment en promulguant des lois qui augmentent les peines pour un comportement consensuel de même sexe, restreignent la liberté d'expression et rendent même le militantisme des droits sexuels criminel. Certaines de ces mesures ont été prises en réponse à des campagnes de plaidoyer locales et internationales. Les campagnes de plaidoyer des PC doivent être toujours vigilantes face au discours public en évolution sur les questions des PC, évité de multiplier par inadvertance la violence - physique ou verbale - et être prêts à couler avec des opportunités politiques de dialogue et de changement. Mais surtout, si un certain niveau d'exposition et un discours social sur les questions de PC sont inévitables et nécessaires, tous les efforts doivent être faits pour que les efforts de plaidoyer ne se traduisent pas par des campagnes négatives de détracteurs, des propositions de lois plus sévères, des paniques sexuelles⁴ ou une vulnérabilité individuelle accrue des membres des PC.

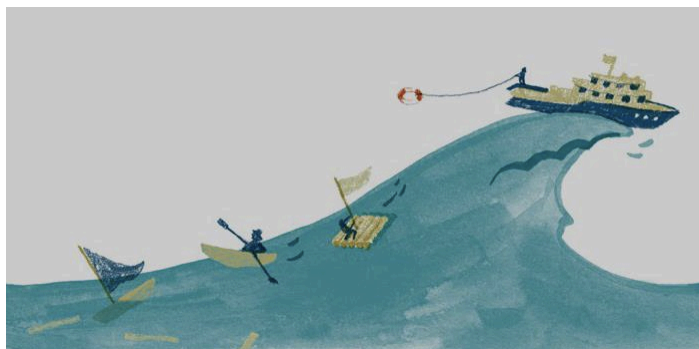
Défis pour une stratégie de plaidoyer significative

Le concept des droits sexuels⁵ en Afrique a trop souvent été formulé en termes de valeurs «indigènes» ou «étrangères», comme étant «en dehors» des traditions locales et comme représentant le changement «imposé» par les donateurs occidentaux et les élites mondiales du pouvoir. L'opposition au changement social sur les

⁴ Les paniques sexuelles sont hyper-médiatisées, périodes exagérées d'une attention accrue à l'immoralité sexuelle, généralement générées pour détourner l'attention d'autres questions socio-économiques pressantes. Le terme a été popularisé par des écrivains féministes, y compris Pat Califà et Gayle Rubin

⁵ Les droits sexuels peuvent être définis comme le large éventail des droits de l'homme associés à l'orientation sexuelle, à l'identité, à la vie privée, au plaisir, à la sûreté et à la sécurité liés au corps sexuel et à la liberté ainsi que l'absence de discrimination fondée sur les choix sexuels chez les adultes consentants.

questions liées aux HSH, aux TS et aux PVVIH est souvent expliquée par des mots comme «culture» ou «tradition», au contraire, le mouvement pour les droits sexuels doit être compris dans le contexte de la culture, de la tradition et de la vaste capacité d'adaptation, d'inclusion et de dignité de la société guinéenne. Dans ce travail culturel, les communicateurs traditionnels (griots, par exemple) peuvent jouer un rôle important dans l'interprétation et l'historicisation de la sexualité et des identités de genre dans des contextes traditionnels.



Les droits des femmes, des HSH et même des PVVIH sont parfois faussement définis comme des «droits spéciaux» et le financement des PC est considéré comme un détriment des ressources disponibles pour les autres groupes marginalisés. Dans des pays comme le Cameroun et la Côte d'Ivoire, par exemple, la stigmatisation à l'encontre des TS et HSH signifiait que les bourses accordées aux organisations qui fournissaient des services VIH aux travailleuses du sexe et aux HSH étaient considérées négativement par

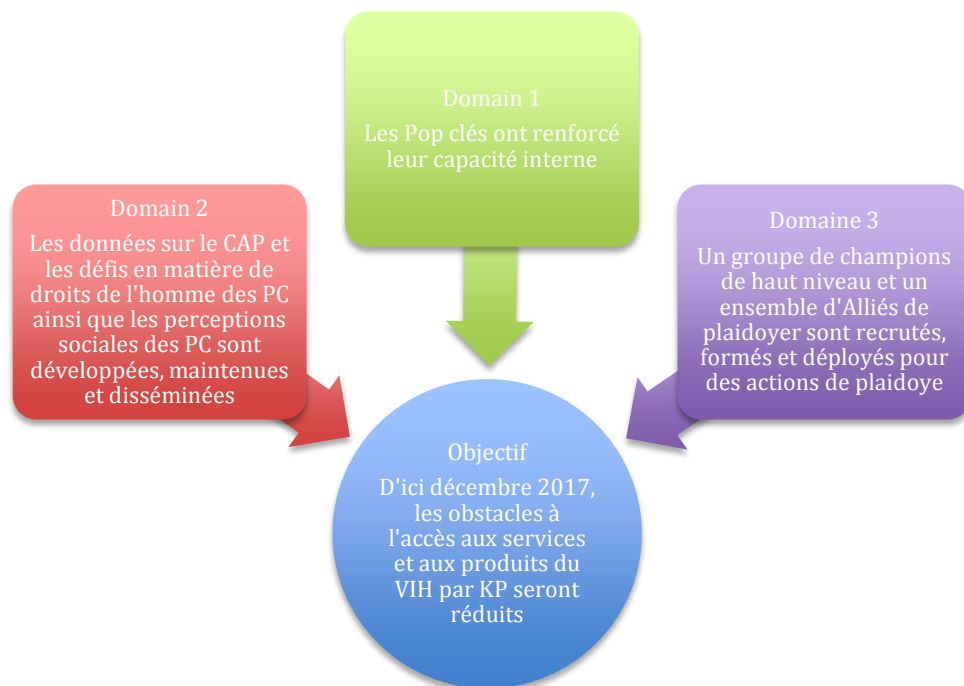
la communauté, les fonctionnaires et même d'autres activistes.

La tolérance et la diversité sont en fait les fils qui renforcent le tissu d'une démocratie forte et d'un programme de santé publique robuste. La marginalisation des PC contredit non seulement les principes des droits de l'homme, mais aussi une bonne politique de santé publique. Le président John F. Kennedy a dit une fois, "une marée montante soulève tous les bateaux". L'attention accrue accordée aux besoins en matière de VIH et de droits de l'homme des PC améliore la santé de la nation et garantit en outre la promesse de l'état de droit pour tous les Guinéens.

Stratégie de défense des droits de l'homme, Théorie du changement

L'objectif de cette stratégie est de réduire les obstacles aux services et aux produits liés au VIH pour les HSH, les TS et les PVVIH d'ici décembre 2017 en améliorant l'environnement des droits de la personne. Cette stratégie propose de le réaliser à travers trois approches, qui sont définies dans les domaines de changement ci-dessous:

Schéma 2



Domaine 1. RENFORCER LA CAPACITÉ INTERNE DES POPULATIONS CLES

Une stratégie de plaidoyer réussie commence par l'amélioration de la capacité des organisations de PC et du leadership. Les membres des PC seront toujours les défenseurs les plus efficaces des questions relatives à leur vie et doivent déterminer les objectifs, le rythme et les approches des actions de plaidoyer grâce à leur visibilité personnelle, à leur rayonnement, à leurs relations personnelles et à s'engager dans le débat public chaque fois qu'ils le peuvent. Les mesures suivantes peuvent être prises pour améliorer le leadership et la capacité organisationnelle des PC afin de les aider à défendre plus efficacement.

Soutenir un leadership audacieux et significatif dans les communautés des PC.

Il existe actuellement des organisations représentant chacune des trois communautés de PC qui sont au cœur de cette stratégie. L'Association des Jeunes Filles Dévouées de Taouya travaille avec des PS principalement dans la région de Conakry. REGAP + est une organisation constituant des groupes de PVVIH dans tout le pays. Arc-en-Ciel est la seule organisation formelle des HSH en Guinée, fournissant de l'assistance et des services aux homosexuels et bisexuels, principalement à Conakry. Dans un pays aussi grand que la Guinée, il y a suffisamment de place pour que ces organisations élargissent leur champ d'application géographique, ainsi que pour que de nouvelles organisations desservant les HSH, les PVVIH et les TS puissent émerger et s'épanouir. Ces trois organisations expriment le besoin de renforcement des capacités.

Le projet devrait fournir de la formation, du soutien et du financement qui aideront ces trois organisations à :

- S'inscrire officiellement auprès du gouvernement de la Guinée;
- Etablir des bureaux sûrs et fonctionnels à Conakry, avec au moins 2 à 3 employés rémunérés (directeur exécutif, gestionnaire de programme, administrateur, par exemple) pour les groupes qui ne les ont pas actuellement;
- Commencer à établir des antennes et des programmes en dehors de Conakry;
- Assurer une formation organisationnelle de base pour le personnel et les principaux dirigeants bénévoles;

- Établir et former des conseils d'administration fonctionnels, élaborer des règlements administratifs et organiser des réunions annuelles;
- Élaborer et maintenir des listes sécurisées d'adhésion et de contact - essentielles pour développer leur base de soutien, communiquer avec les mandants et mettre en œuvre des campagnes efficaces de plaidoyer.

L'inclusion des PC dans tous les aspects du VIH concernant la planification et la mise en œuvre dans le pays est essentielle. Il est louable de constater l'engagement profond du gouvernement de la Guinée envers les droits de l'homme pour des PC et l'inclusion des PVVIH représentés au Comité National pour la Lutte contre le SIDA (CNLS) et qu'ils soient aussi avec les HSH et les HSH représentés au Mécanisme de Coordination Pays (CCM). Tous les efforts doivent être faits pour que cette représentation ne soit pas «symbolique», mais qu'elle soit habilitée, audacieuse et transformatrice. Pour ce faire, le projet devrait assigner un mentor à chaque représentant des PC au CNLS et au CCM pour les aider à préparer les réunions, à représenter plus efficacement leurs électeurs et à mieux gérer toute stigmatisation et discrimination qui se produisent au sein de ces organismes.

Participation aux organisations des PC et à la défense des intérêts

Les organisations des PC devraient être soutenues dans leurs efforts pour participer aux forums régionaux et sous régionaux africains avec leurs pairs (autres groupes de PC) en dehors de la Guinée. Pour les HSH, cela inclurait la participation à l'International Lesbian and Gay Association-Afrique (ILGA-Afrique), à l'AMSHER (Women's Sexual Health and Rights Initiative) et aux pré-conférences des HSH lors de la conférence internationale semestrielle sur le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique (ICASA), et les délégations LGBT à la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (Commission africaine). Les PVVIH peuvent être soutenues dans leur participation aux associations régionales de personnes vivant avec le VIH / sida telles que le Réseau des personnes africaines vivant avec le VIH (NAP+). Et à participer à ICASA et à d'autres rassemblements pertinents où ils peuvent renforcer les coalitions régionales. Les défenseurs des travailleuses sexuelles guinéennes devraient être soutenus pour participer à l'Alliance africaine du travailleur du sexe (ASWA) (<https://aswaalliance.org>) et au Réseau mondial des projets de travail du sexe (nswp.org).

Ces conférences et groupes régionaux sont des espaces importants de dialogue et d'influence. La Commission africaine est devenue un espace important de dialogue sur les questions liées au VIH, au genre et à la sexualité. Les réunions semestrielles de la Commission offrent d'importantes possibilités de dialogue entre les PC, les groupes de défense des droits de l'homme et les gouvernements. Les PC pourraient être soutenus pour participer aux délégations de la société civile guinéenne à cette réunion ou aux délégations thématiques régionales (LGBT, PVVIH et TS). Le «check-up» régulier des droits de l'homme en Guinée dans le cadre de l'Examen périodique universel de l'ONU (<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/UPRMain.aspx>) permet également aux PC de collaborer avec d'autres membres de la société civile guinéenne à l'élaboration des réponses à ce rapport et de faire en sorte que les questions des PC soient fermement inscrites dans l'agenda guinéen des droits de l'homme.

Des discussions importantes et parfois transformatrices entre les Guinéens concernant les questions des PC dans leur pays peuvent parfois être menées plus efficacement en dehors de la Guinée. Les forums sous régionaux et régionaux sur les droits de l'homme, la police, la santé et la gouvernance sont des espaces où les dirigeants des PC peuvent s'adresser aux représentants du gouvernement guinéen ou de la société civile dans un environnement où les contraintes culturelles et les préjugés historiques peuvent être temporairement mis de côté. Dans ces environnements, les normes internationales et régionales des droits de l'homme peuvent servir de base à la discussion, à la négociation et à l'accord.

Formation des médias pour les Populations clés

Les dirigeants des PC devraient recevoir une formation sur la manière d'interagir et d'utiliser au maximum les médias. Cela comprendrait des informations sur l'élaboration de communiqués de presse, la tenue d'entrevues avec les médias, l'utilisation des médias sociaux et la prise de parole en public. Des groupes de médias expérimentés comme InterNews et Search for Common Ground peuvent être invités à développer et à mettre en œuvre des formations pour les PC, spécifiques à l'environnement médiatique guinéen. Il serait également bon pour chaque organisation de PC d'assigner à un membre du personnel le rôle de surveiller régulièrement les représentations des médias et la couverture des questions relatives aux PC.

Formation juridique et services pour les dirigeants et les membres des PC

Les lois guinéennes concernant le travail du sexe, l'homosexualité et le VIH varient dans leur adhésion aux principes des droits de l'homme. Par exemple, le Code pénal guinéen de 1998 ne pénalise pas l'acte de prostitution lui-même, mais pénalise la sollicitation (racolage), le trafic de mineurs et le proxénète, ce qui signifie que les hommes impliqués dans le travail sexuel (clients, proxénètes, trafiquants) sont également coupables en vertu de la loi. Les arrestations ou les poursuites intentées contre des hommes pour avoir participé au travail du sexe sont peu fréquentes⁶. Les travailleurs du sexe eux-mêmes ne sont en principe soumis à l'arrestation que s'ils sont appréhendés en «sollicitant» le sexe d'un client potentiel⁷. Il s'agit d'informations qui pourraient aider à protéger les travailleurs du sexe et à guider leur comportement en s'engageant dans leur commerce.

La violence est un problème majeur pour les travailleurs du sexe. Mais les policiers enquêtent rarement sur les crimes signalés par les travailleuses du sexe et les travailleurs du sexe eux-mêmes deviennent souvent victimes d'abus policiers lorsqu'ils signalent des crimes. Insuffisance dans la compréhension de la loi et d'accès aux conseils juridiques des avocats ou des paras juristes mettent les travailleurs du sexe à la merci d'un système de justice pénale peu sympathique et prévenu.

En ce qui concerne l'homosexualité, la loi est claire, mais presque impossible à appliquer. Sans être pris en flagrant délit (dans la loi), toute arrestation ou poursuite d'un homme accusé d'homosexualité serait fondée sur des ouï-dire, des rumeurs et d'autres «preuves» peu fiables et injustes de l'engagement dans le comportement homosexuel⁸. Comme toutes les lois qui tentent de légiférer sur le domaine très privé de la sexualité humaine et les relations entre les adultes consentants, la loi guinéenne contre l'homosexualité est une invitation à l'extension de la police, le chantage et l'extorsion.

Des campagnes devraient être menées pour sensibiliser les PC et les autres membres de la société (en particulier les responsables de l'application de la loi et les fonctionnaires du secteur de la justice) au sujet du contenu réel de la loi et de ses implications. Trop souvent, les citoyens ne comprennent pas ce qui est en fait une loi pleinement appliquée et ce qui peut être simplement une rhétorique politique présentée dans des discours ou des

⁶ Fraternelle Médicale Guinée, *Analyse comparée des politiques et dispositifs administratifs et juridiques relatifs au VIH/SIDA et à la prostitution* (Conakry, 2007);p 17.

⁷

La notion de «sollicitation passive» donne à la police une marge de manœuvre trop large pour déterminer si la sollicitation est en cours et offre une occasion de harcèlement pour les travailleurs du sexe

⁸

Les tribunaux de d'autres pays ont eu recours à des examens anaux forcés inutiles pour «prouver» l'homosexualité, preuve de l'inapplicabilité des lois qui criminalisent le comportement sexuel consensuel privé

plateformes électorales par un parti ou un autre. Les membres du personnel et les dirigeants bénévoles des organismes des PC peuvent être formés comme para juristes et aider à fournir des conseils et des services juridiques à leurs membres. Il est possible d'encourager les programmes de clinique juridique en vigueur dans le pays à inclure les PC dans leurs populations cibles⁹. Les campagnes Know Your Rights (Connaitre vos Droits renforcent la confiance des individus et des communautés et jettent les bases pour encourager une culture dans laquelle l'état de droit est respecté. Les PC et les PVVIH devraient également recevoir une formation sur la documentation fondamentale sur les droits de l'homme.

Une clinique juridique d'une fois par mois, composée d'avocats ou de para juristes, devrait être offerte pour chacune des trois organisations des PC. De plus, des brochures / manuels peuvent être élaborés pour expliquer les lois relatives à chacun des trois groupes cibles. Ces brochures ne doivent pas seulement cibler les membres des communautés des PC, mais peuvent servir à éduquer les membres des forces de l'ordre, les avocats et les juges, dont beaucoup ne connaissent peut-être pas les lois et leurs interprétations correctes.

Des équipes d'avocats, de travailleurs sociaux et de communicateurs devraient collaborer avec les dirigeants des PC pour élaborer les interprétations les plus récentes et juridiquement valables du nouveau code pénal et de ses relations avec le comportement, l'identité et l'accès à la protection des droits de l'homme¹⁰. Des campagnes (annonces d'intérêt public, brochures, formation, éducation par les pairs, etc.) visant à la fois les PC et d'autres secteurs clés de la société guinéenne sont conçues et mises en œuvre.

Formation sur le conseil et la médiation familiale

Le rejet familial et l'isolement social sont fréquemment des défis rencontrés par les HSH, les PVVIH et les SS, et constituent un obstacle majeur à la capacité de maintenir la santé mentale, la confiance en soi et donc d'utiliser les services VIH. Les PC ont besoin de conseils, de formations et d'interventions sociales pour les aider à réparer les relations avec la famille et la communauté qu'ils ont vécues en raison de leur orientation sexuelle, de leur identité sexuelle, de leur engagement dans le travail sexuel ou de leur séropositivité.

PC et PVVIH, visibilité

L'un des moyens de s'attaquer à l'indifférence et à l'hostilité à l'égard des droits de l'homme pour des PC est de créer des relations personnelles entre les PC et les membres influents de la société. Ces relations peuvent dissoudre les stéréotypes négatifs et former des liens basés sur des valeurs, une culture et une expérience partagées. La large acceptation des droits pour les HSH, les SS et les PVVIH au niveau communautaire en Guinée proviendra vraisemblablement de ceux qui ont des amis, des membres de la famille et des collègues qui sont membres des PC¹¹. Connaître un membre des PC conteste les stéréotypes et humanise les individus qui avaient été considérés jusqu'ici comme «autre», «malade», voire «mauvais». La visibilité de la part des membres des PC est une stratégie de plaidoyer importante. Toutefois, la visibilité crée des risques importants

⁹ JHIPIEFO et ABA ROLI mettent actuellement en œuvre une initiative financée par l'USAID qui fournit des services juridiques gratuits aux victimes des VBG. On pourrait faire pression pour inclure les PC dans leur nombre de cas, d'autant plus que la violence homophobe, la violence à l'encontre des femmes et tout particulièrement les types de violence contre les femmes vivant avec le VIH peuvent être vues à travers une lentille VBG

¹⁰

Une étude menée en mai 2007 par l'Association des Femmes Juristes de Guinée sous les auspices de la Fraternité Médicale Guinée (FMG) est une excellente base pour de futures recherches. Voir «Analyse comparative des politiques et des dispositifs administratifs et juridiques relatifs au VIH / SUDA et à la prostitution

¹¹ Bisi Alimi Foundation and GLAD, *A Closer Look at Nigeria* (January 2014).

pour les membres des PC et ne devrait être entreprise que si la personne et sa famille comprennent pleinement les conséquences possibles.

Les PC devraient être appuyés dans leurs efforts pour défendre leurs droits auprès de leurs élus et fonctionnaires, aux niveaux local, régional et national. Les PC devraient également rencontrer régulièrement des fonctionnaires de l'ONU en Guinée, ainsi que des principales ambassades qui ont manifesté leur attachement aux questions de droits de l'homme pour des PC en Guinée, tels que les ambassades canadiennes, françaises, hollandaises et sud-africaines. Ces relations peuvent se traduire par un financement, des possibilités de déplacement, de formation et un appui politique aux efforts de plaidoyer des PC. Les organisations des PC peuvent initialement avoir de la difficulté à établir ces relations et peuvent être guidées et même accompagnées lors des premières visites auprès du personnel clé des missions diplomatiques.

Domaine 1: Renforcer les capacités des organisations de PVVIH et population clés		
Cibles	Activités financés par le FM	Activités à financer
Associations de PVVIH, membres de REGAP+ et REFIG	Soutien aux observatoires régionaux pour l'accès aux soins HEALTH FOCUS (à travers le territoire national)	
Leaders des associations PVVIH / PS et HSH	Formations sur le leadership transformationnel HEALTH FOCUS	
Leaders des associations PVVIH / PS et HSH	Formations en management et gestion administrative et financière / gestion de projets HEALTH FOCUS	
Leaders des associations PVVIH / PS et HSH	Participations aux conférences internationales ICASA / AFRAVIH et Conférence globale régionales sur le VIH/SIDA et population-clés PSI	
Associations PS et HSH	Etablir des locaux fonctionnels pour l'Association des Jeunes Filles Dévouées de Guinée (AJFDG) et Afrique Arc en ciel (AAEC) SOLTHIS	
Associations PS et HSH	Etablir des documents de base pour la gouvernance, et actualiser les listes de membres plan de plaidoyer des associations AJFDG et AAEC HEALTH FOCUS et PSI	
Associations PS et HSH	Nommer un MSM mentor dans le but d'assurer une participation effective des HSH dans les processus de politique nationale sur le VIH PSI	Nommer un Mentor pour les PS

Associations de PVVIH / HSH / PS	Intégrer un système de veille au sein des observatoires sur le respect des droits humains des PVVIH et population clés HEALTH FOCUS	Formations sur l'usage effectif des médias et réseaux sociaux SOLTHIS
Associations PVVIH / HSH / PS	Formation / Atelier sur la connaissance du système légal et juridique guinéen concernant le VIH, le travail du sexe et l'homosexualité PSI + Champions	

Domaine 2. BASE DE CONNAISSANCE AMÉLIORÉE SUR LE DROIT ET LES DROITS DE L'HOMME EN CE QUI CONCERNE LES PC ET LES PVVIH

La Guinée est en train d'améliorer l'adhésion à la primauté du droit entre ses citoyens et les institutions de l'État. Néanmoins, malgré les efforts déployés par le gouvernement et la société civile, de nombreuses violations des droits de l'homme persistent. Ces questions générales relatives aux droits de l'homme, ainsi qu'un ensemble de défis propres aux PC, doivent être mieux compris, discutés et traités.

Il y a un manque important de documentation sur l'environnement des droits de l'homme pour les PC. Un plaidoyer efficace repose sur des faits et des tendances solides et à jour. Le projet devrait mener ses propres recherches sur les préoccupations en matière de droits de la personne, les besoins en services sociaux et les défis liés au VIH. Le projet devrait également aider les organisations des PC à établir et à maintenir un système simple et convivial pour le signalement et l'enregistrement des allégations de violations des droits de l'homme. Amnesty International ou Human Rights Watch pourraient être invités à travailler en collaboration avec les ONG partenaires locaux et le gouvernement pour effectuer une documentation et une analyse solides des violations systématiques des droits de l'homme fondées sur le sosie, la séropositivité et l'implication dans le travail du Sexe.

Il est tout aussi important de comprendre la perception que le public guinéen a des professionnels du sexe, de l'homosexualité et du VIH / SIDA. Il est également essentiel de comprendre comment les PC et les PVVIH eux-mêmes se penchent sur les questions qui se rapportent à leur vie. Bien que les PC et les PVVIH aient souvent été perçus comme des populations «difficiles d'accès» en ce qui concerne la recherche d'opinion, en particulier dans les pays en développement, les récents développements de la méthodologie de collecte de données fournissent un nombre croissant d'outils à ceux qui cherchent à comprendre les réalités chez les minorités sexuelles, les travailleurs du sexe et les PVVIH¹². Les questions relatives aux attitudes à l'égard des travailleurs du sexe sont actuellement absentes du sondage (Afrobaromètre). Le projet pourrait conclure un contrat avec AfroBarometer ou une autre firme de recherche publique locale / sous-régionale pour continuer à recueillir des données sur les attitudes à l'égard des PC, afin de mieux cibler les messages et d'évaluer les efforts de plaidoyer.

¹² Voir par exemple Williams Institute "Reachable: Data collection methods for sexual orientation and gender identity. <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/research/international/reachable-data-collection-methods-for-sexual-orientation-and-gender-identity/#sthash.DpTuoNk8.dpuf>

Un autre sujet de recherche est celui des travailleurs du sexe masculins (TSM) qui, dans la plupart des pays d'Afrique, présentent des taux d'infection plus élevés que les autres HSH¹³ (PSI estime la séroprévalence chez tous les HSH à 56,6% en Guinée, Certains de ces TSM sont des hommes homosexuels et bisexuels, tandis que d'autres sont hétérosexuels. Les raisons de leur engagement dans le travail du sexe sont variées, mais étant donné les taux élevés de séroprévalence chez les membres de ce groupe dans d'autres parties de l'Afrique¹⁴, il est important de déterminer la prévalence du travail sexuel masculin en Guinée et de répondre aux besoins spécifiques de ces personnes en matière de VIH et de droits humains.

L'indice de la stigmatisation des personnes vivant avec le sida devrait être mis en œuvre dès que possible. En outre, le projet pourrait conclure un contrat avec le PNUD pour procéder à **une évaluation de l'environnement légal pour le VIH**¹⁵ pour chacun des deux PC et pour les PVVIH. Le LEA est un processus interactif qui non seulement fournit des analyses juridiques précises et actualisées, mais aussi organise des approches et des acteurs pour contester des lois restrictives ou négatives. Il évaluerait davantage le cadre juridique et politique national de la Guinée vis-à-vis des PC, en utilisant une optique de droits de l'homme, identifiant et examinant toutes les questions juridiques et de droits de l'homme important.

Domain 2: Accroître les données et les connaissances sur les besoins en protection, les droits et devoirs des PVVIH et population clés		
Cibles	Activités financées par FM	Activités non financées
CNLS/ Chercheurs /Réseaux de PVVIH		Mener une étude Stigma Index sur la nature de la stigmatisation et de la discrimination vécue par les PVVIH
CNLS/ Acteurs de la lutte contre le VIH / Chercheurs / Medias / Défenseurs des droits humains / Décideurs politiques / Medias	Etude sur la vulnérabilité socioéconomique des populations clés PSI	
PS / HSH / PVVIH		Connaissez vos droits (causeries éducatives)
Magistrats / avocats / Réseaux des organisations de protection des droits humains/ OPROGEM / Forces de l'ordre / parlementaires / élus locaux et fonctionnaires municipaux	Divulgence de la LOI VIH (ordonnance 055) PSI	

¹³ Ibid.

¹⁴ 14 Baral, Stefan David, Male sex workers: Practices, contexts, and vulnerabilities for HIV acquisition and transmission (Lancet, July 22, 2014).

¹⁵ Lives., Empowered, and Resilient Nations. *LEGAL ENVIRONMENT ASSESSMENT FOR HIV*. Rep. (UNDP, Jan. 2014. Web. 1 June 2016)

PVVIH/HSH/PS	Rencontres trimestrielles entre PVVIH/Population clés et réseaux des ONG de protection des droits humains PSI	
--------------	--	--

Domaine 3. PLAIDOYER EN ACTION

Acteurs du plaidoyer

Les principaux acteurs du plaidoyer seront:

- **PSI et le CNLS**, en tant que bénéficiaires principaux, sont responsables de la mise en œuvre de la stratégie. Le consultant suggère qu'un coordonnateur à temps plein du plaidoyer soit embauché par le projet et qu'il soit basé dans les bureaux de PSI ou détaché auprès d'un des SR.
- **Les groupes de pression des PC et PVVIH** : Arc-en-Ciel Guinée, REGAP +, REFIG et Association des Jeunes Filles dévoué de Taouyah.
- **Sous-récepteurs** : PSI a sélectionné 4 autres ONG partenaires: la Fraternité Médicale Guinée (FMG), la Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé (SOLTHIS), AGUITEB et Health Focus - en tant que sous-bénéficiaires et partenaires chargés de la mise en œuvre quotidienne de la stratégie de plaidoyer de PC.
- De plus, on peut demander à **un large éventail d'autres institutions et particuliers** d'aider à la mise en œuvre de la stratégie de plaidoyer. Étant donné le nombre croissant de réfugiés LGBT africains fuyant la persécution dans leur pays d'origine¹⁶, le HCR à demander aux Nations unies et l'OIM également de s'engager dans ce travail important.

Principaux champions de la population guinéenne

Il arrive parfois que des groupes marginalisés et socialement vulnérables aient besoin de «prendre du recul» en autorisant les dirigeants de la pensée communautaire et / ou nationale à être visibles en leur nom. Pour ce faire, le 4 mai 2016, PSI a lancé un groupe de défenseurs des droits de l'homme basés sur les Champions pour une génération sans SIDA en Afrique (<http://www.aidsfreechampions.org>). Les champions de la Guinée sont un groupe vénérable d'influents Guinéens et d'Africains de l'Ouest engagés à promouvoir les droits de l'homme pour les PC. Les champions ne sont pas des membres auto-identifiés des populations clés eux-mêmes, mais ils sont des membres respectés de la société guinéenne, avec des connaissances et un engagement envers les droits de l'homme pour des PC dont les voix sont capables de briser le silence sur les questions des PC et d'améliorer l'accès à la pleine citoyenneté, Services et protection des droits de la personne.

¹⁶ The GroundTruth Project. *Forced Out: Africa's LGBT Refugees* | (*The Ground Truth Project*. N.p., n.d. Web. 01 June 2016).

Le groupe se compose actuellement de chefs d'organismes des Nations Unies, de représentants de la société civile, de dirigeants des droits de l'homme, d'entreprises et d'artistes. PSI espère étendre le groupe à un maximum de 12 personnes. Au moins 50% de ces champions devraient être des femmes, et 25% devraient être des jeunes. Individuellement et collectivement, les champions participeront à des réunions de haut niveau, parleront publiquement, répondront aux demandes de la presse, utiliseront les médias et représenteront généralement les questions des PC au public d'une manière palatine, progressive et favoriseront l'inclusion et la tolérance. Les Champions des PC se rencontreront officiellement deux fois par an et auront amplement l'occasion de discuter, d'apprendre et de s'inspirer du leadership des PC, qui devrait toujours être à la pointe de leurs efforts de défense des droits humains.

Identifier et mobiliser un "milieu mobile"

Le terme «milieu mobile» a été utilisé dans l'Ouest pour désigner le groupe d'individus «raisonnables et persuadables» sur une question donnée. Dans le contexte des droits de l'homme pour les PC et les PVVIH en Guinée, il s'agit de ceux dont les opinions peuvent potentiellement passer d'intolérant à tolérant, dont les perspectives peuvent passer de l'hostilité à l'acceptation au fil du temps et à la suite de bons arguments¹⁷. Un élément clé de la stratégie de plaidoyer de PC de la Guinée doit être de définir qui sont les membres du milieu mobile et quels sont les arguments susceptibles d'influencer leur point de vue.

Selon Afrobaromètre, les personnes les plus tolérantes en matière d'homosexualité sont celles qui ont des études postsecondaires (31% exprimant la tolérance), celles de moins de 25 ans (25%) et les citadins plutôt que les ruraux (27% contre 17%). Ces personnes représentent une base importante pour l'éducation et les efforts de sensibilisation liés aux droits de l'homme des PC.

Utilisation des ressources du projet

Étant donné que ce travail de plaidoyer sera déployé sur une période relativement courte, cette stratégie propose que:

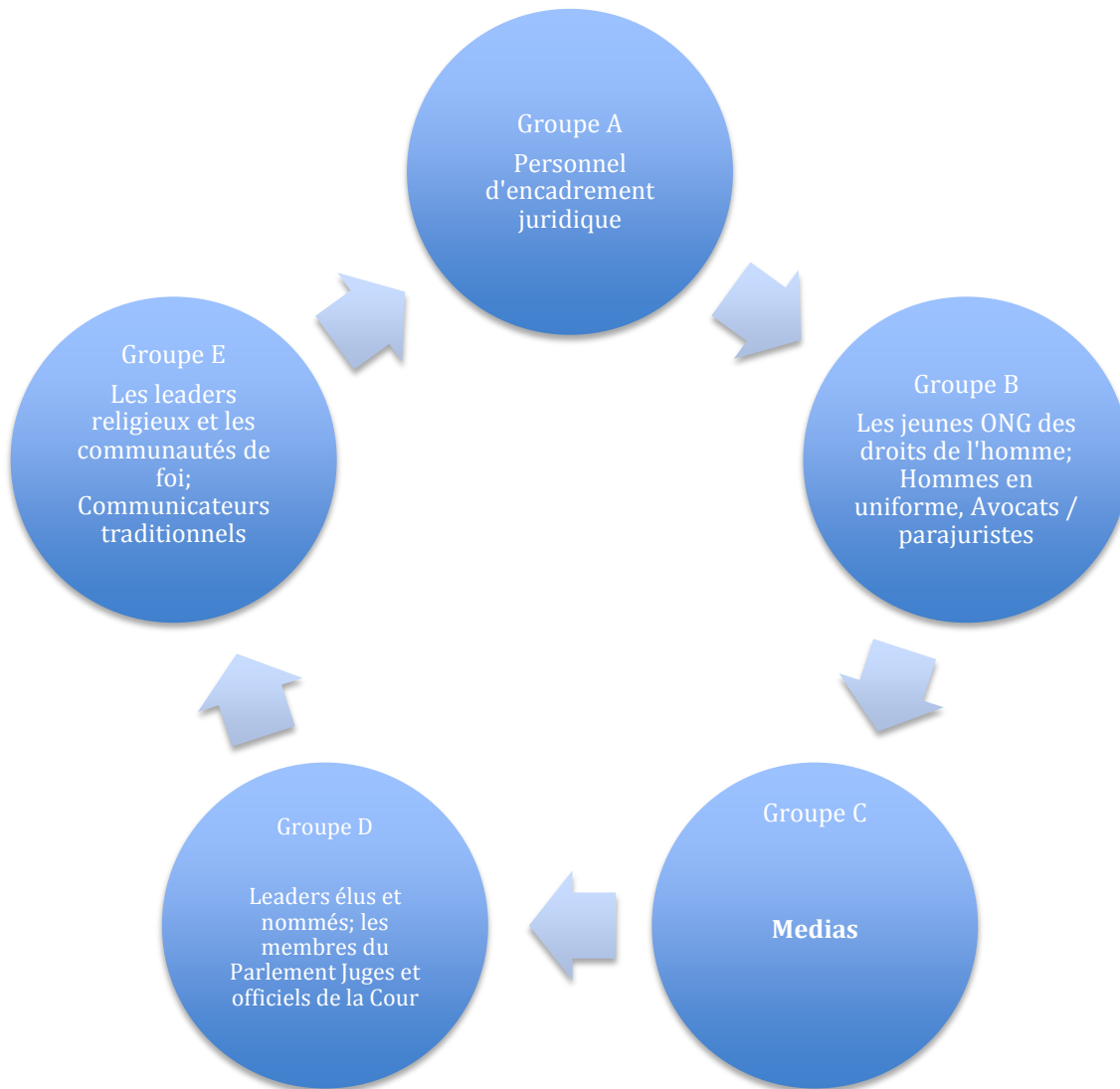
1. Cinquante pour cent (50%) des ressources pour le plaidoyer externe (Domaine 3) se concentrent sur le travail avec les responsables de l'application des lois (Groupe A, ci-dessous). Les membres de la police, de la gendarmerie et des gardes civils sont les représentants les plus visibles de l'Etat dans la vie quotidienne des travailleurs du sexe. Bien qu'ils soient une présence moins omniprésente dans la vie des HSH et des PVVIH, leurs connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis des PC peuvent faire la différence entre la répression et l'acceptation, entre la violence et la sécurité, Pour les membres des PC et leurs familles.
2. Vingt pour cent (20%) du financement et des ressources sont orientés vers les «Low hanging fruit» (groupe B). Jeunes, organisations de défense des droits de la personne et avocats / para juristes. Ce sont des groupes qui sont déjà prédisposés à la tolérance et des attitudes progressistes envers les PC et n'ont besoin que de plus amples informations et d'un dialogue franc pour les transformer de détracteurs en alliés.
3. Un autre 20% des ressources devrait être utilisé pour plaider auprès des médias et des journalistes (Groupe C), étant donné leur capacité à atteindre un grand nombre de Guinéens et à influencer les normes sociales.
4. Les ressources restantes (10%) seront appliquées à des stratégies à moyen et à long terme axées sur l'évolution des attitudes, des comportements, des lois et des politiques concernant les PC parmi les fonctionnaires élus / nommés, les médias, les parlementaires et autres législateurs et les chefs religieux. Un travail de plaidoyer lent et régulier avec ces groupes, dont la plupart sont actuellement indifférents ou hostiles aux questions des PC, ne donnera de résultats qu'au fil du temps et avec un dialogue cohérent et patient.

Secteurs cibles

¹⁷ Lasei Rachel, *Moving the Middle on Equality for Gay and Lesbian Americans*, (The Third Way Culture Program, February 2009, p.1.)

Les secteurs cibles ci-après identifiés dans la note succincte du Fonds mondial pour la Guinée ont ensuite été validés lors de l'atelier de plaidoyer de mai 2016. Le changement des attitudes des membres de ces groupes est essentiel pour une amélioration concrète et durable de l'environnement des droits de l'homme pour les PC.

Schéma 3



Groupe A **Fonctionnaires chargés de l'application des lois**

Objectifs: Diminuer la violence perpétrée par les forces de l'ordre vers les PC; Augmenter l'implication des forces de l'ordre dans le référencement des PC aux ressources et aux services sociaux pour VIH; Diminuer la participation de la police au chantage et à l'extorsion des TS et des HSH; Améliorer la compréhension par la police de la loi sur le VIH de 2009 et d'autres textes pertinents relatifs au PC.

Les responsables du secteur de la justice - policiers, gendarmes et officiers de la protection civile - sont la manifestation la plus cohérente de l'Etat dans la vie des travailleurs du sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en particulier à Conakry et dans d'autres grandes villes. Les Travailleurs du Sexe interagissent presque tous les jours avec la police, en particulier ceux qui pratiquent le commerce du sexe dans

les rues, les bars ou les hôtels. Ces interactions sont au mieux neutres, mais plus souvent discriminatoires et violentes. Les travailleurs du sexe et leurs défenseurs signalent des coups, des extorsions et des arrestations et des détentions arbitraires de la part de la police et une réticence générale de la police à protéger ou à s'attaquer à la violence des clients et des autres victimes de violence sexuelle. Les responsables de l'application de la loi utilisent parfois la possession de préservatifs comme preuve d'homosexualité, d'engagement dans le travail sexuel ou de séropositivité. Ces hypothèses sont anathématiques pour le travail de prévention du VIH et atteignent l'objectif inverse.

Les HSH interagissent moins régulièrement avec l'application de la loi, mais les interactions sont souvent négatives. Les HSH dénoncent le harcèlement de la police à l'égard de vêtements ou de comportements non normatifs de sexe et la participation fréquente de la police à des programmes d'extorsion et de chantage¹⁸. Cette hostilité entre la police et les PC est particulièrement tragique étant donné leur vulnérabilité commune au VIH (les taux de séroprévalence du VIH chez les personnes en uniforme en Guinée sont estimés à 6%).

L'hostilité envers les PC, qui est devenue endémique parmi les forces de l'ordre de la Guinée, ne peut être résolue facilement. Cette stratégie de plaidoyer espère soutenir un changement de paradigme dans lequel les responsables de l'application des lois réduisent leur tendance à rendre victime les travailleurs du sexe et les HSH et sont encouragés à protéger les travailleurs du sexe et les HSH de la violence, dissuader les châtelains et les extorsionnistes. Services sociaux. Avec l'appui de l'UE et d'autres donateurs, la Guinée évolue vers un modèle de police communautaire qui soutient un modèle de droits de l'homme.

Cette stratégie propose que:

- Les partenaires de plaidoyer soutiennent les ministères concernés dans la formation de formateurs pour les responsables de l'application des lois qui dispensent une formation de sensibilisation sur les questions relatives aux droits de l'homme. Ces formations devraient être intégrées aux programmes de formation et aux programmes d'enseignement de la police existants. Des nouvelles approches basées sur les principes des droits de l'homme sont les meilleures chances d'être intégrées dans les pratiques policières si elles sont considérées comme mandatées par le gouvernement, en l'occurrence le ministère de la Justice, et si elles sont considérées aussi comme faisant partie des stratégies policières évolutives et modernes. PSI et ses partenaires devraient obtenir le soutien de hauts responsables de la police tout en atteignant simultanément le plus grand nombre possible d'agents de police susceptibles d'avoir une interface directe avec les travailleurs du sexe et les HSH. Chaque poste de police n'est pas tenu d'avoir un spécialiste de la protection du genre. Ces personnes ainsi que les policières devraient généralement être ciblées pour la formation, car on pourrait s'attendre à ce qu'elles soient plus sympathiques aux réalités vécues par les TSF.
- Travailler avec **des instructeurs dans les académies de police** du pays afin de s'assurer que (A) des informations précises sur les lois relatives aux PC sont enseignées; B) que la pleine compréhension de la vulnérabilité des Travailleurs du Sexe soit communiquée aux recrues; C) que la loi guinéenne relative au chantage et à l'extorsion est pleinement expliquée afin que la police cesse d'être complice des tentatives de chantage.
- **Ajouter un haut fonctionnaire de l'application de la loi aux Champions des PC.**

Groupe B

¹⁸ Le chantage et l'extorsion des personnes vivant avec le VIH / SIDA et de des TS se produisent régulièrement dans d'autres pays africains. Sa fréquence et son impact devraient être étudiés ici aussi en Guinée

Le groupe B consiste en ce que l'on pourrait appeler «fruit faiblement suspendu» - les gens et les groupes qui ont déjà une orientation en matière de droits de l'homme, une vision du monde généralement progressiste et qui pourrait avoir une attitude libérale envers la sexualité, les droits individuels et la société du changement.

Les jeunes

Objectifs: Accroître l'acceptation et la promotion des droits de l'homme et des droits des PVVIH et de l'inclusion sociale par les organisations de jeunesse; une participation accrue des jeunes des PC et des PVVIH dans les organisations de jeunesse guinéennes.

Les recherches indiquent que les jeunes ont tendance à être plus ouverts que leurs aînés au sujet des droits sexuels. Un sondage effectué au Nigeria indique que plus du double du nombre de jeunes de 18 à 23 ans, accepterait un membre de la famille LGBT par rapport à la moyenne nationale¹⁹. Au Sénégal, plus du double du pourcentage de personnes entre 18 et 29 ans croient que l'homosexualité devrait être acceptée que celles entre 30-49, 50 ou plus. Bien que ce nombre soit encore assez faible (5%), il donne l'espoir que les sociétés africaines deviennent progressivement plus libérales sur les droits des HSH et que les jeunes devraient être considérés comme un objectif transversal pour les efforts de plaidoyer en Guinée.

Cette stratégie propose:

- 5 à 6 rencontres avec des organisations de jeunesse guinéennes pour les encourager à inclure des questions de PC (en particulier les droits des LGBT, la sensibilisation à la violence sexiste, la réduction du stigmatisation du VIH) dans leurs programmes scolaires et les efforts de sensibilisation des jeunes;
- Soutenir financièrement et logiquement la participation visible des organisations des PC et des PVVIH aux conventions et rassemblements des jeunes guinéens.

Organisations et militants des droits de l'homme

Objectifs: Augmenter l'implication des principales organisations de défense des droits de l'homme dans le militantisme pour les droits des PC. Améliorer l'exactitude de l'information liée aux PC dans le rapport annuel des États-Unis sur les droits de la personne. Accroître la visibilité des dirigeants des droits de l'homme sur les questions des PC dans les médias et autres discours publics.

La Guinée a un mouvement dynamique et croissant des droits de l'homme qui devrait être la première ligne de défense pour les groupes marginalisés tels que les HSH, les TS et les PVVIH. Un groupe d'environ 30 OSC nationales et internationales œuvrant dans le cadre d'un groupe de travail sur l'accès à la justice. Le groupe de travail contribue à une plus grande implication et à une plus grande visibilité des OSC dans la réforme du secteur de la justice et fournit des commentaires sur les plans d'action ministériels, l'examen de la période universelle et la réponse de l'État aux élections.

Cette stratégie propose:

- Réunions avec les PC, les PVVIH et toutes les principales organisations de défense des droits humains en Guinée (au moins 7);
- Les organisations des PC et des PVVIH sollicitent l'adhésion à des coalitions de droits de l'homme pour participer activement;
- Rencontres entre les leaders / défenseurs des PC / PVVIH et les ambassades américaines, françaises, néerlandaises et canadiennes, et fourniture d'informations par les PC pour les rapports sur les droits de la personne.

¹⁹ Bisi Alimi Foundation.

Avocats et para juristes

Objectifs: Augmenter le nombre d'avocats capables et disposés à prendre des décisions concernant les atteintes aux droits de l'homme dans le cadre des PC; Améliorer l'accès aux services juridiques par les PC et les PVVIH.

L'ignorance, l'interprétation erronée ou le mépris flagrant de la loi - par les forces de l'ordre et / ou les victimes elles-mêmes - entraînent des résultats médiocres en matière de droits humains pour les HSH, les TS et les PVVIH. Une arrestation, la perte d'un emploi ou un épisode de chantage peut être dévastateur. Bon, souvent de base, les conseils juridiques ne se contentent pas d'accroître l'accès à la justice. Ils peuvent sauver une maison, un emploi, une famille, même une vie. Ils peuvent empêcher un problème de se transformer en crise. Bien que les codes pénaux guinéens aient besoin d'un examen approfondi des droits de l'homme pour les groupes marginalisés, certains aspects de la loi actuelle protègent les PC et les PVVIH contre les violations les plus flagrantes des droits de l'homme. Les lois existantes contre le chantage / l'extorsion sont de bons exemples.

Cette stratégie propose:

- Établir une clinique juridique une fois par mois pour chacun des 2 groupes de PC et pour les PVVIH;
- Au moins une réunion entre PC et la division des droits de l'homme de l'Association du Barreau de Guinée;
- Solliciter la participation pro-bono d'au moins les juristes guinéens dans les ateliers Know Your Rights pour les dirigeants et les organisations de PC / PVVS.

Groupe C

Médias

Objectif: Améliorer la couverture médiatique des questions liées au PC et aux PVVIH afin qu'elle soit moins biaisée, plus factuelle et de plus en plus sympathique à la décriminalisation, à l'inclusion sociale et à d'autres objectifs de plaidoyer des PC / PVVIH.

Dans une étude menée par PSI et le CNLS pour le développement de cette stratégie, il a été noté que certains médias guinéens mettent en évidence une fusion remarquable de l'homosexualité avec la pédophilie, le viol et d'autres crimes sexuels²⁰. Les discussions sur l'homosexualité et le travail du sexe dans les médias guinéens ne respectent généralement pas les principes d'équilibre et d'impartialité, et sont souvent scandaleuses, sensationnalistes et salaces, apparemment destinées à vendre des journaux ou à attirer l'attention des téléspectateurs. Néanmoins, l'analyse d'Afrobaromètre souligne le rôle important des médias comme facteur majeur d'impact sur la tolérance et l'acceptation de la diversité²¹.

La stratégie de plaidoyer proposée pour le travail avec les médias se compose de:

- 5 à 6 rencontres entre les champions et les propriétaires de médias / comités de rédaction.
- 2 à 3 formations pratiques d'une journée avec des journalistes des médias imprimés, en ligne et radio, menées par des spécialistes des médias, à savoir InterNews.
- Des communiqués de presse réguliers (2 -4 annuellement) ont été envoyés aux médias guinéens sur les questions d'actualité des PC / PVVIH en Guinée ou dans la région, à savoir «Le Botswana enregistre l'organisation LGBT», «Amnesty International se prononce en faveur de la dépénalisation du travail sexuel», La criminalisation de la transmission du VIH considérée comme une violation des droits humains par l'ONUSIDA

²⁰ Voir par exemple : *Viol et Homosexuality*, Guineeinfo, February 2013

²¹ <http://afrobarometer.org/publications/tolerance-in-africa>

". La distribution de ces communiqués de presse (et le suivi connexe) fournira aux médias des renseignements exacts et impartiaux qui favoriseront un sens du professionnalisme et de l'éthique par rapport au sensationnalisme sur les questions de PC.

Groupe D

Gouvernements locaux (élus et nommés)

Objectifs: Les dirigeants des gouvernements locaux ont une meilleure compréhension des questions de PC et commencent à développer des relations avec les leaders des PVVIH / PC.

Pour les résidents ruraux et périurbains, les dirigeants locaux - élus et / ou nommés - sont souvent la principale interface avec l'État. Avec plus de 100 sous-préfectures et des milliers de districts, de villages et de quartiers²², la gouvernance se fait le plus souvent au niveau local. Il y a aussi beaucoup de travail à faire avec les institutions locales de gouvernance dans les centres urbains de Guinée - en particulier Conakry, Nzérékoré et Kankan qui ont des concentrations élevées de travailleurs du sexe et où les HSH sont un peu plus identifiables et potentiellement organisés en groupes sociaux accessibles.

Les lois municipales peuvent comporter des pénalités et des restrictions supplémentaires liées aux PVVIH et aux PC, en particulier en ce qui concerne le travail sexuel. Les autorités locales ont souvent une large marge de manœuvre en ce qui concerne la mise en œuvre des lois et des politiques, le contrôle et l'influence sur le comportement des services de police locaux et l'établissement de politiques pour les établissements publics de soins de santé et d'autres organismes avec lesquels les PVVIH et PC interagissent régulièrement. En outre, une grande partie des approches visant à atteindre les populations clés se concentrera sur les points chauds et les zones où les clients des travailleurs du sexe se socialisent. Dans les zones minières et les grands centres urbains, les fonctionnaires locaux peuvent souvent jouer un rôle important pour s'assurer que l'environnement est propice aux activités de sensibilisation au VIH. L'inscription de ces fonctionnaires dans ce plan de plaidoyer s'appuiera sur le travail qui a déjà été fait historiquement pour renforcer les réponses locales au VIH à travers la Guinée grâce à un financement de la Banque mondiale.

La stratégie de plaidoyer proposée pour le travail avec le gouvernement local est composée de:

- 2 rencontres avec les maires / conseils de Conakry, Nzérékoré et Kankan (utilisez les Champions!)
- 2 rencontres avec des chefs de police locaux, des représentants du ministère de la Santé
- Participation visible des PC et des PVVIH aux réunions sur la gouvernance locale, les conférences
- 2 correspondances aux responsables de la gouvernance locale sur les questions liées aux PC et aux PVVIH

Les membres du Parlement

Objectifs: Au moins 10 membres du Parlement sont identifiés et recrutés comme alliés pour la réforme législative sur les questions de PC; Tous les parlementaires ont reçu des documents éducatifs sur les questions de PC au moins une fois par an.

Le but ultime est de modifier les lois qui criminalisent les actes consensuels de même sexe, le travail sexuel et la «transmission volontaire» du VIH, ainsi que les PC en tant que catégories protégées par la Constitution ou d'autres lois sur les droits civils. Par conséquent, le travail avec les parlementaires et le personnel parlementaire est essentiel. Cependant, étant donné le climat conservateur en Guinée sur les questions relatives aux PC, le changement d'attitude et l'action concrète des parlementaires peuvent être lents et rencontreront une forte opposition. Il s'agit évidemment d'une longue bataille qui doit être menée en coalition avec d'autres agents de changement social. Le code pénal guinéen est en cours de révision et des révisions supplémentaires peuvent être prévues dans les années à venir. Les organisations et alliés de PSI, des PC devraient former des alliances avec

²² Republic of Guinea, *Public Administration Profile* (Bureau Administration, Department of Economic and Social Affairs, October 2004).

des groupes comme l'OGDH, Amnesty International et d'autres qui sont actuellement et vont probablement faire partie des futures coalitions de la société civile engagées dans le changement progressif du code pénal guinéen.

La stratégie de plaidoyer proposée pour le travail avec les communicateurs traditionnels est composée de:

- Identifier de 10 à 15 membres du Parlement qui sont susceptibles d'être ouverts d'esprit sur les questions relatives aux PC.
- Organiser et participer à des réunions éducatives entre les représentants des PC et ces membres du Parlement.
- Identifier le personnel professionnel parlementaire qui joue un rôle dans l'aide et l'éducation des membres du Parlement et organiser des réunions éducatives sur les questions de PC.
- Assurer un suivi régulier et cohérent par le biais d'appels téléphoniques et d'envoi de matériel éducatif;
- Collaborer avec l'USAID ou d'autres gouvernements pour organiser des visites à l'étranger pour les membres du parlement et / ou du personnel parlementaire pour une large introduction aux droits de l'homme et les questions relatives au PC.

Juges et officiels de la Cour

Objectifs: Tous les juges du pays recevront, par courrier ou par la poste, une copie de la loi sur le VIH de 2000 et une note explicative; Un atelier pour les juges sera convoqué pour expliquer les lois relatives aux PC et l'évolution des tendances juridiques internationales.

Les juges doivent être non partisans et apolitiques. De plus, les juges sont influencés par l'évolution du droit international, dont la tendance est généralement vers une palette élargie de droits pour les LGBT et les PVVIH, ainsi que vers la décriminalisation et une plus grande protection pour les TS.

La stratégie de plaidoyer proposée pour le travail avec les juges et les fonctionnaires des tribunaux se compose de:

- Recherchez et identifiez 5 juges qui sont susceptibles d'être ouverts d'esprit sur les questions liées au PC et aux PVVIH.
- Organiser et participer à des réunions éducatives entre les représentants des PC / PVVIH et ces 5 juges.
- Envoi des mails ou messagerie (français), articles sur l'évolution des questions relatives aux PC et aux PVVIH dans les lois africaines internationales et nationales.
- Travailler avec l'USAID ou d'autres gouvernements ou des donateurs privés pour organiser des tournées à l'étranger pour les membres de la magistrature qui comprennent des réunions liées aux droits de l'homme, y compris les questions liées aux PC et aux PVVIH.

Groupe E

Communicateurs traditionnels

Objectif: Un dialogue est lancé avec les dirigeants nationaux des associations de communicateurs traditionnels pour commencer à développer des approches à la promotion des droits de l'homme pour les PC.

L'opposition au militantisme des droits sexuels en Guinée est souvent perçue comme une attaque contre la culture traditionnelle et encadrée par l'imposition de valeurs étrangères sur les traditions culturelles «indigènes». Les communicateurs traditionnels (les griots, par exemple) peuvent jouer un rôle important dans l'interprétation et l'historicisation de la sexualité diverse dans des contextes traditionnels. Les communicateurs traditionnels (griots, conteurs, etc.) ont apporté une contribution précieuse à la réponse Ebola, dans un environnement culturellement complexe et volatile. Ils peuvent être attirés par un travail similaire en ce qui concerne les droits de l'homme, l'intégration sociale et l'accès aux services VIH pour les PC. Les communicateurs traditionnels

peuvent placer des questions socialement complexes telles que le désir du même sexe, le travail du sexe et l'infection et la maladie liées au VIH dans des contextes historiques et culturels qui les rendent compréhensibles et acceptables.

La stratégie de plaidoyer proposée pour le travail avec les communicateurs traditionnels est composée de:

- 1 à 2 réunions annuelles avec l'association nationale des communicateurs traditionnels
- Inclusion des communicateurs traditionnels dans les événements publics liés aux PC en tant qu'exécutants rémunérés

Les leaders religieux et les communautés de foi

Objectif: *Un petit noyau de leaders religieux disposés à dialoguer sur les questions de PC identifiés et engagés; Les leaders religieux augmentent leur rôle dans la promotion des droits des PVVIH dans la communauté; Au moins un chef religieux rejoint le groupe des champions;*

Les dirigeants religieux sont susceptibles de s'engager dans des discussions sur les PVVIH, leurs droits et leur place dans la communauté. Cependant, ce groupe est de loin la cible de plaidoyer la plus difficile en ce qui a trait aux questions relatives aux TS et aux HSH. L'étude du PEW Charitable Trust sur les attitudes en Afrique a trouvé une corrélation forte entre la religiosité et le manque d'acceptation de l'homosexualité. Si le changement de connaissances, d'attitudes et de perceptions concernant les droits des PC et des PVVIH au sein de ce groupe aura probablement le plus d'impact, l'opposition au changement est redoutable. En fait, les faux pas des défenseurs pour promouvoir les droits parmi ce groupe peuvent inciter à des réactions dangereuses, à la violence et à des sanctions pénales encore plus sévères pour PC.

La stratégie de plaidoyer proposée pour le travail avec les leaders religieux se compose de:

- Suivi attentif des attitudes exprimées par les leaders religieux sur les questions liées aux PC et aux PVVIH. Être prêt à «reculer» et / ou ralentir les efforts de plaidoyer globaux si les leaders religieux agitent ou menacent la réponse
- Si et quand des leaders religieux progressistes sont identifiés, PSI devrait faciliter les rencontres entre ces leaders et les champions du PC.

Domaine 3: Plaidoyer en Action		
Secteur cible	Activites finances par FM(court term)	Activités à financer (court et moyen terme)
Forces de l'ordre	Atelier/Réunion/rencontre des gendarmes et militaires sur le stigma et droits humains des populations clés dans la riposte VIH AGUITEB (Faranah, Kankan)	
	Atelier/Réunion/rencontre à Conakry des gendarmes et militaires sur le stigma et droits humains des populations clés dans la riposte VIH; FMG + Champions	
	Atelier/rencontre police central et les force militaires sur le stigma et droits humains de PC dans la riposte VIH - FMG à Boké, Kindia, Labé et Mamou;	

	<p>Atelier/Réunion/rencontre à l'Intérieur; des gendarmes et militaires sur le stigma et droits humains de PC dans la riposte VIH FMG Boké, Kindia, Labé et Mamou</p>	
Jeunes	<p>Atelier/rencontre des jeunes sur le stigma et droits humains des populations clés dans la riposte VIH; AGUITEB (Faranah et à Nzérékoré);</p> <p>Atelier/rencontre des jeunes sur le stigma et droits humains des populations clés dans la riposte VIH SOLTHIS + Champions CONAKRY et régions +</p> <p>Atelier/rencontre des jeunes sur le stigma et droits humains des Populations clés dans la riposte VIH; FMG a Boké, Kindia, Labé et Mamou</p>	
Organisations de protection des droits humains		<p>Rencontre et participation au forum des droits humains HCDH Conakry</p>
Juristes et acteurs paralegaux	<p>Atelier/rencontre des avocats et magistrats sur le stigma et droits humains des populations clés dans la riposte VIH SOLTHIS + champions (Conakry et régions)</p>	<p>Composer un dossier de principaux documents sur les récentes avancées juridiques et jurisprudence en Afrique concernant les droits des PVVIH et population clés</p> <p>Organiser des voyages d'études pour magistrats et juristes pour observer les bonnes pratiques dans d'autres pays concernant la protection des PVVIH et population clés</p>
Medias	<p>Réunion/rencontre des patrons de presse sur la stigmatisation, les droits humains des populations clés dans le contexte VIH; SOLTHIS + champions (Conakry);</p> <p>Atelier/rencontre des journalistes sur la stigmatisation et les droits humains des populations clés dans le contexte VIH; SOLTHIS + Champions (Conakry)</p>	<p>Publications périodiques de communiqués de presse sur les évolutions dans la sous-région concernant les droits des PVVIH et population clés (Journée Mondiale zéro Discrimination 1er mars/ Journée Mondiale</p>

		des Droits Humains – 10 Décembre)
Elus locaux et fonctionnaires communaux/municipaux	<p>Atelier/rencontre des élus locaux sur la stigmatisation, les droits humains des populations clés dans le contexte VIH; AGUITEB Faranah, Kankan et Nzérékoré</p> <p>Atelier/Réunion/rencontre des élus locaux sur la stigmatisation, les droits humains des populations clés dans le contexte VIH: SOLTHIS + Champions à Conakry</p> <p>Atelier/rencontre des élus locaux sur la stigmatisation, les droits humains des populations clés dans le contexte VIH; FMG; + Champions Boké, Kindia, Labé et Mamou</p>	
Parlementaires	<p>Rencontres de concertation avec les parlementaires PSI AGUITEB + Champions (Conakry)</p>	<p>Organiser des voyages d'étude pour parlementaires Guinéens pour observer les bonnes pratiques dans les pays qui légifèrent en faveur d'une meilleure protection des PVVIH et population clés</p>
Communicateurs traditionnels	<p>Atelier/rencontre des communicateurs traditionnels sur la stigmatisation, les droits humains des populations clés dans le contexte VIH; SOLTHIS + champions (Conakry et régions)</p>	

PRINCIPALES QUESTIONS DE PLAIDOYER POUR LES PC ET LES PVVIH

Le fait de ne pas divulguer le statut VIH et la "transmission volontaire du VIH".

S'il est clair que l'objectif de la loi sur le VIH de 2009 était de fournir une base légale pour réduire la transmission du VIH et protéger les personnes séropositives, la version 2005 de l'Ordonnance et la version 2009 qui l'a remplacée prévoient des sanctions pénales en ce qui concerne le VIH qui sont des réponses inefficaces et préjudiciables à l'épidémie. Des sanctions pénales sévères visant les populations vulnérables, les personnes infectées par le VIH et le personnel soignant ne constituent pas des solutions efficaces²³.

Le gouvernement de Guinée devrait limiter la criminalisation aux cas de transmission intentionnelle, c'est-à-dire lorsqu'une personne connaît son statut positif pour le VIH, agit dans l'intention de transmettre le VIH et la transmet effectivement. L'étendue de l'application du droit pénal à la transmission du VIH n'a ni favorisé la justice pénale ni empêché la transmission du VIH²⁴. Plutôt que de représenter une stratégie efficace de lutte contre le VIH et de prévention, la criminalisation constitue plutôt un obstacle à l'adoption du service VIH²⁵. Les préservatifs peuvent ne pas être disponibles pour une rencontre donnée et certains clients peuvent refuser de les porter ou offrir des frais plus élevés aux travailleurs du sexe pour des actes sexuels pratiqués sans préservatif. Le besoin de survie peut se traduire par une travailleuse du sexe qui soupçonne ou sait qu'elle est positive, ayant des relations sexuelles non protégées avec un client, se présentant ainsi à une sanction pénale pour «transmission volontaire».

De même, pour les HSH, la peur de connaître leur statut et d'être exposés à une autre forme de criminalisation pour leur comportement sexuel déjà stigmatisé peut rendre beaucoup de gens réticents face aux tests de dépistage du VIH.

Le moyen le plus efficace de prévenir le VIH n'est pas de criminaliser sa transmission, mais d'éduquer tout le monde sur les méthodes de prévention, d'accroître l'accès aux tests et d'accroître la capacité de chaque adulte à faire des choix éclairés sur son comportement sexuel. La criminalisation de la transmission rend les TS et les HSH réticents à connaître leur séropositivité par crainte que leur comportement ne soit doublement criminalisé et double stigmatisé.

Travail sexuel: légalisation ou dépénalisation?

Lorsque la prostitution reste illégale, les travailleurs du sexe restent cachés et soupçonnés des efforts de sensibilisation de la santé publique et de la société civile.

L'évolution des lois relatives au travail du sexe est un dialogue politique complexe qui se déroule dans le monde et il existe d'importantes différences d'opinion entre les travailleurs du sexe, les défenseurs du travail du sexe et les groupes de défense des droits humains sur la meilleure façon d'utiliser le droit pour protéger les travailleurs du sexe de l'exploitation qui est commune de l'industrie. En général, les spécialistes des droits de l'homme et les défenseurs de la justice en matière de genre et la plupart des travailleurs du sexe demandent de plus en plus l'abolition des lois qui pénalisent les personnes qui offrent du sexe pour de l'argent²⁶. Quelques pays européens

²³ FMG and AFJG, p.20

²⁴ UNAIDS Policy Brief, Criminalization of HIV Transmission, retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1601_policy_brief_criminalization_long_en.pdf

²⁵ Mykhalovskiy E. The problem of “significant risk”: exploring the public health impact of criminalizing HIV non-disclosure. *Soc Sci Med* 2011; **73**: 668–75

²⁶ New York Times, *To Discourage Prostitution, France Passes Bill That Penalizes Clients*. (April 6, 2016).

ont supprimé les sanctions pénales pour les travailleurs du sexe, mais pénalisent plutôt le client du travail du sexe.

L'Organisation mondiale de la santé, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Amnesty International pour le Réseau mondial de projets de travail sexuel, y compris des organisations africaines telles que l'Équipe d'éducation et de sensibilisation des travailleurs du sexe (SWEAT) en faveur de la décriminalisation complète du travail sexuel, arguant que dans les pays où elle a été mise en œuvre, les travailleuses et travailleurs sexuels sont moins vulnérables, peuvent bénéficier des protections prévues par les lois nationales et locales sur le travail (y compris la réglementation et la protection de la santé pour les travailleurs du sexe et les clients) l'accès aux services et les options pour quitter le travail du sexe, si elles choisissent.

Il existe toutefois d'importantes divergences d'opinions sur le point de savoir si l'approche la plus avantageuse serait la légalisation du travail sexuel - ce qui impliquerait l'enregistrement, la réglementation et les contrôles de santé des travailleuses et travailleurs sexuels - ou la décriminalisation, qui supprimerait les lois criminalisant toute personne impliquée ou engageant le travail sexuel. Les deux approches pourraient promouvoir les droits humains des travailleuses du sexe et les protéger de la discrimination, des abus et de la violence de la part de leurs clients, des communautés, des agents de la loi et des fournisseurs de soins de santé. La décriminalisation ou la légalisation du travail sexuel permet aux partenaires GdG et ONG de fournir plus facilement aux travailleurs du sexe et à leurs familles le soutien, les services et les ressources dont ils ont besoin pour protéger leur santé et prendre des décisions plus autonomes sur leur vie, de quitter complètement le travail sexuel. Cette discussion a déjà commencé en Guinée avec des articles sur l'avenir des lois sur le travail du sexe qui figurent dans un certain nombre de publications en ligne²⁷.

Les relations homosexuelles consensuelles entre adultes

Au niveau du droit international, les fondements de la protection contre la violence, y compris l'arrestation et la détention arbitraires, sont fondés dans de nombreuses constatations et décisions des organes conventionnels et des mécanismes de procédure spéciale²⁸. En particulier dans l'affaire *Toonen c. Australie*, qui s'appuie **sur le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, auquel la Guinée est signataire**. Dans ce cas, le Comité des droits de l'homme a estimé que l'orientation sexuelle était incluse dans les dispositions antidiscriminatoires en tant que statut protégé par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP). Le Groupe de travail des Nations Unies sur la détention arbitraire a systématiquement mis en garde contre les États qui emprisonnent des personnes uniquement en raison de leur orientation sexuelle et / ou de leur identité de genre.

Au niveau des mécanismes régionaux et sous régionaux des droits de l'homme en Afrique, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a adopté en 2014 la résolution 275, condamnant la violence et la discrimination à l'encontre des personnes homosexuelles, lesbiennes, bissexuelles et transgenres. Un certain nombre de commissaires de cet auguste corps ont également exprimé leur profonde préoccupation quant à la légalité des lois anti-homosexualité dans la plupart des pays africains ou d'autres lois (vagabondage, hooliganisme, etc.) en vertu desquelles les HSH et d'autres personnes LGBT sont arrêtées.

La Constitution de la République de Guinée définit une série de libertés, de devoirs et de droits fondamentaux au titre II, articles 5 à 26. L'article 8 dispose que «nul ne peut être privilégié ou défavorisé en raison de son sexe, de sa race, de son origine ethnique, de sa langue, de ses croyances et de ses opinions politiques, philosophiques

27 Faut-il légaliser la prostitution en Guinée ? La question divise...2009-04-10 23:24:54Ahmadou I Diallo Guineepresse.info

28 OHCHR, *Born Free and Equal: Sexual Orientation and Gender Identity in International Human Rights Law*. New York and Geneva, 2012

ou religieuses »²⁹. Mais à mesure que l'histoire et les attitudes évoluent, il en va de même des lois. Le Code du travail, par exemple, a été élaboré pour interdire la discrimination fondée sur le statut sérologique, et la protection contre la discrimination dans les soins de santé et le logement sont intégrés dans la loi sur le VIH de 2009. Cependant, la loi guinéenne présente de nombreuses faiblesses en matière de protection contre la discrimination. ***L'inclusion des termes «SOSIE» et «état de santé» en tant que catégories protégées à l'article 8 contribuerait grandement à garantir les droits des Guinéens actuellement marginalisés.***

Dans le cadre de son travail avec les médias, les avocats et les membres du Parlement, PSI et ses partenaires devraient veiller à ce que des catégories supplémentaires d'expériences humaines telles que «orientation sexuelle et identité de genre» et «état de santé» soient inclus dans les nouvelles versions de la Constitution ou de la législation sur les droits civils qui pourraient émerger au cours des prochaines années.

²⁹ English version of Republic of Guinea 2010 Constitution retrieved from https://www.constituteproject.org/constitution/Guinea_2010.pdf?lang=en

Conclusion

Face aux nombreux défis auxquels la Guinée a été confrontée récemment, il peut sembler exigeant de demander aux dirigeants de l'État et de la société civile de s'attaquer à un ensemble supplémentaire de questions sociales complexes telles que les droits de la personne pour les LGBT, les TS et les PVVIH. Mais selon plusieurs acteurs - y compris l'ONU, le milieu universitaire et les organisations de justice sociale - la protection et la promotion des droits du PC et des PVVIH augmenteront l'accès et la prise en charge de la prévention, du traitement et des soins du VIH.

Le peuple de Guinée a résisté à de nombreuses tempêtes dans leur longue histoire. La crise du VIH a présenté un nouvel ensemble de défis, mais aussi des opportunités intéressantes pour bâtir une société multiculturelle, tolérante et diversifiée, engagée dans la justice de genre et l'inclusion sociale. La fourniture de services VIH pour le PC peut être un pont pour le changement social qui renforce la nation en s'attaquant à la privation de droits de certains de ses citoyens les plus marginalisés. Les défis sont grands, mais le risque d'échec est encore plus grand.

Les fausses dichotomies entre «droits contre religion» et «droits contre la culture traditionnelle» sont susceptibles de rester une source de conflit en Guinée. Les dirigeants de la pensée doivent façonner ces débats et s'appuyer sur la longue et riche histoire des droits de l'homme, de la citoyenneté et des protections pour les personnes vulnérables intégrées dans la culture traditionnelle africaine et dans l'islam lui-même. *Les dirigeants devront promouvoir un dialogue qui permette à la Guinée de respecter ses obligations internationales en matière de droits de l'homme tout en abordant des sujets sensibles susceptibles de susciter des conflits entre la perception de la religion et les droits.*

Les éléments les plus importants d'une stratégie efficace de plaidoyer sont peut-être la persévérance, la conviction que les attitudes même des opposants les plus stridents aux droits de l'homme pour les PC et les PVVIH peuvent être atténuées et la conviction qu'une nation plus juste où tous les Guinéens aient accès aux services dont ils ont besoin, est possible.

- 1. Annexe A. Rapport sur la situation des droits de l'homme en Guinée PC**
- 2. Annexe B. Traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme**
- 3. Annexe C. Analyse des médias PC de la Guinée**
- 4. Annexe D. Liste partielle des Organisations guinéenne des droits de l'homme**
- 5. Annexe E. Plans pour les réunions de plaidoyer**
- 6. Annexe F. Exemples de modules de formation**
- 7. Annexe G. Aider les communautés à adhérer aux organisations de services VIH qui travaillent avec les pc**

Annexe A. Rapport sur la situation des droits de l'homme en Guinée PC

Annexe B. Traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme

Guinea 2010 Constitution

https://www.constituteproject.org/constitution/Guinea_2010.pdf?lang=en

Universal Declaration of Human Rights (French)

<http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>

International Covenant on Civil and Political Rights (French)

<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (French)

<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

African Charter on Human and Peoples' Rights (French)

<http://www.achpr.org/fr/instruments/achpr/>

African Protocol on the Rights of Women

<http://www.achpr.org/fr/instruments/achpr/>

African Commission Resolution 275 on Protection... on the basis of. Sexual Orientation or Gender Identity

<http://www.achpr.org/sessions/55th/resolutions/275/>

Annexe C. Analyse des médias PC de la Guinée

Annexe D. Liste partielle de l'Organisation guinéenne des droits de l'homme

Organisation	Adresses	Thematique
Centre du Commerce International pour le Développement (CECIDE)	BP : 3768, Conakry, Guinée, Tel : +224 662370853 Email : info@cecide. Org // Site web : www.cecide.org	Droit économique Développement durable
Organisation Guinéenne de Défense des Droits de l'Homme et du Citoyen (OGDH)	B.P : 2476, Conakry Guinée Tel : +224 664239771 // 628399785 Email : ogdh2004@yahoo.fr	Droits de l'Homme- Gouvernance
Coordination Guinéenne du Forum des Organisations de la Société Civile de l'Afrique de l'Ouest (FOSCAO/Guinée)		Démocratie Paix Droits Sociaux
Coalition Guinéenne des Organisations des Droits de l'Homme		Droits de l'Homme- Gouvernance
Conseil National des Organisations de la Société Civile Guinéenne (CNOSC)	BP : 4001, Conakry Guinée Tel : +224 620584017 //657987362 Email : societecivile2002@yahoo.fr	Renforcement de capacité Toutes thematique portée par ses membres
Réseau Afrique Jeunesse de Guinée (RAJGUI)	Email : alphado2003@yahoo.fr //Tel : +224 628375600	Démocratie
Association Guinéenne pour la Transparence (AGT)	Email : mtaran2@yahoo.fr Tel : +224 628555899	Lutte contre la Corruption- Gouvernance
Coalition nationale pour la défense des Droits des Femmes (CONAG-DSF)	Email: coalitionguinee@yahoo.fr Tel : 224 631210026	Droit de la femme-Démocratie
Forum des ONG pour le Développement Durable	Email : forumguinee96@yahoo.fr	Lutte contre la corruption Développement Durable

Annexe E. Plans pour les réunions de plaidoyer

Avant la réunion

1. Être stratégique. Concentrez vos efforts sur les votes "swing" convaincants - le milieu mobile. Ne perdez pas votre temps sur les adversaires avoués de la question ou sur vos alliés connus (sauf pour dire merci.)
2. Organisez votre équipe. Rencontrez suffisamment les membres de votre délégation afin que chacun soit «sur la même page» et fasse les mêmes arguments. Divisez les arguments pour qu'il y ait peu ou pas de répétition (sauf pour les points que vous souhaitez souligner)
3. Savez-vous ce que votre «demander» est? Soyez prêt à l'état est clairement.
4. Préparer et emballer votre feuille de renseignements (avec vos coordonnées) et la documentation pertinente (p. Ex. Article de journal, rapport, photos, etc.)?
5. Êtes-vous prêt à réfuter les arguments de l'opposition?
6. Faites vos devoirs. Savoir si le législateur a pris une position sur la question avant ou si elle / il a des domaines particuliers d'intérêt ou de préoccupation.
7. Préparez-vous, une anecdote personnelle pour partager votre expérience avec un membre des PC ou des PVVIH? *Vos «faits tueurs» sont-ils prêts?*
8. Avez-vous quelques questions à poser?
9. Avez-vous apporté un «merci» ou un compliment à partager avec l'objectif de plaidoyer?
10. Y a-t-il un atelier, une formation ou un événement social de PC / PVVIH à venir auquel vous pourrez inviter l'objectif de plaidoyer?

La réunion

1. Rappelez-vous que les législateurs, la police, les journalistes et d'autres cibles potentielles de défense des droits sont des êtres humains. Commencez votre réunion avec un compliment, si possible. Être amical, poli et habiller respectueusement.
2. Ne jamais être en retard. C'est un signe de manque de respect qui sera rappelé.
3. Mettez votre plaidoyer demandé par écrit. Fournissez votre feuille de renseignements sur votre question à la cible de plaidoyer. Si ce n'est pas sur papier, il ne sera pas retenu.
4. Toute politique est locale. Venez armer d'informations sur la façon dont le problème affecte négativement les intérêts de la cible de la défense et pourquoi il / elle devrait prendre la position que vous préconisez.
5. Ne jamais mentir ou inventer des informations. Le plus grand renforcement d'un lobbyiste est sa crédibilité. Si vous n'avez pas les informations, dites-le clairement, puis fournir les informations rapidement dans une lettre, e-mail ou appel à leur personnel.
6. Le nombre et la diversité sont forts. Construisez des coalitions qui sont aussi larges et profondes que vous pouvez les faire. Indiquez le nombre de membres que vous avez dans le district du membre (si c'est important) et le nombre de groupes dans votre coalition.
7. Soyez un bon auditeur. Il vous aidera à vous faire aimer le législateur et vous donner des informations précieuses sur les vues du législateur et les préoccupations. Ne faites pas tout le parler; avoir une conversation.
8. Appuyez pour un engagement verbal ferme. Demandez à la cible de plaidoyer directement si elle / elle prendra l'action particulière que vous demandez.
9. Construire une relation. Rome n'a pas été construite en un jour. Essayez de connaître les législateurs et leur personnel. Recherchez des intérêts communs, des antécédents, etc. Les membres et le personnel sont plus susceptibles de vous rencontrer à nouveau et d'écouter votre point de vue s'ils savent qui vous êtes et ont un sentiment amical envers vous.
10. Dites merci. Toujours remercier la personne de prendre le temps de vous rencontrer et pour toutes les actions positives qu'ils prennent sur vos questions.
11. N'oubliez pas le personnel. Ce sont les yeux et les oreilles - et les portiers - pour leurs patrons.

Après la réunion

1. Prenez note de:
 - La date, l'heure et le lieu de la réunion
 - Les noms des personnes qui ont assisté à la réunion
 - Quelles informations avez-vous partagé avec la cible
 - Qu'est-ce fortement détenu croyances, l'expérience personnelle, sources de confiance, etc, que la cible de plaidoyer cité pour sauvegarder leur position / actions / votes
2. Avez-vous des informations supplémentaires à la cible de plaidoyer? Fournissez-le dès que vous le pouvez.
3. Envoyez une lettre de suivi, un e-mail ou une note.

Annexe F. Exemples de modules de formation

La conception de modules de formation efficaces n'est pas une opération de «chaudière». Chacun des secteurs cibles pour lesquels une formation officielle est proposée devra avoir sa propre conception de la formation élaborée par des experts sectoriels travaillant avec le directeur du plaidoyer de PSI et le personnel concerné de la RS. Chaque conception et matériel de formation pour les PC, les PVVIH et les secteurs cibles doit prendre en considération tous les aspects de la formation adaptée à l'apprentissage des adultes, y compris: évaluations communautaires, évaluation du public et de l'auditoire, contexte sociopolitique actuel, objectifs à court et à long terme, Des jours de formation, des principes d'apprentissage des adultes et de la méthodologie. Par exemple, les formations destinées aux membres du secteur cible qui ne sont pas membres du des PC doivent être brèves, et ne doivent jamais durer plus de 2 ou 3 jours, afin de conserver une attention portée aux centres d'attention. Mieux vaut, par exemple, faire deux formations de deux jours et demi, selon l'avis de ce consultant, qu'une formation de 5 jours qui interrompt le travail de prestation de services essentiels dont les participants potentiels à la formation sont responsables.

Les programmes de formation utilisés par d'autres organisations pour approfondir les connaissances et l'engagement en matière de PK dans les secteurs cibles proposés sont les suivants. **Si PSI et ses partenaires décident d'utiliser ou d'adapter les conceptions de formation ci-dessous, veuillez-vous assurer que les sources sont dûment créditées.**

Formation générale en matière de droits de la personne pour les travailleuses du sexe :

<http://www.leitnercenter.org/files/Publications/KESWA%20One-day%20Training.pdf>

Un excellent manuel de formation et de conception développé par la Kenya Sex Workers Alliance et le Centre Leitner pour le Centre international pour le droit et la justice à Fordham Law School

Formation générale sur la compétence culturelle pour travailler avec les HSH (et les LGBT)

http://www.cancer-network.org/downloads/best_practices.pdf

Le LGBT Cancer Network a élaboré un document fort et utile sur les pratiques exemplaires en matière de création et de prestation de formations culturelles LGBTQ pour les organismes de santé et de services sociaux. Bien que cela puisse être très utile pour les milieux de soins de santé, la compétence culturelle et la sensibilité sont à l'origine de toute la formation que PSI et ses partenaires feront.

Formation à l'application des lois sur les questions relatives aux PC / PVS :

https://www.ovcttac.gov/downloads/Trafficking/files/August_13_webinar.mp4

Cette session présente des exemples de collaborations fructueuses en matière d'application de la loi; Explique le chevauchement entre la traite des êtres humains, la violence familiale et les agressions sexuelles; Explore les moyens d'engager efficacement le système de justice et les intervenants de la collectivité et de maintenir la participation; Et examine des exemples de partenariats pour renforcer les capacités des organismes et améliorer l'identification des victimes.

<http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Training%20Manual%20on%20Sex%20Work,%20HIV%20and%20Human%20Rights,%20ICRSE%20-%202015.pdf>

Développé par le Comité international des droits des travailleuses du sexe en Europe, le Manuel de travail sur le travail sexuel Le VIH et les droits de l'homme est un bon modèle pour la formation des agents de la force publique, des juges, du personnel judiciaire et des travailleurs de la santé

Formation des avocats et des parajuristes sur les questions touchant les PC / PVVIH :

<https://www.ovcttac.gov/views/TrainingMaterials/dspWebinars.cfm>

Cette séance, conçue pour les avocats représentant les victimes, donne un aperçu des lois sur les droits des victimes et identifie les problèmes communs auxquels les victimes sont confrontées lorsqu'elles sont obligées de naviguer dans le système de justice pénale. Meg Garvin, directrice générale du NCVLI et Rebecca Khalil, procureur du NCVLI, discutent de l'état des lois sur les droits des victimes à l'échelle nationale, identifient les étapes les plus courantes d'une procédure criminelle où les droits des victimes sont menacés et ciblent la façon dont le système et la collectivité Les défenseurs des victimes peuvent protéger ces droits

Formation des organisations de jeunes sur les questions des PC/PVVIH:

http://www.calfac.org/sites/main/files/file-attachments/safe_zone_manual.pdf

Safe Zone Ally Manuel de formation

Cet exercice interactif axé sur la jeunesse permet aux participants de faire l'expérience de ce que cela ressemble pour beaucoup de personnes LGBTQ qui ne savent pas si elles peuvent sortir sans danger.

<http://www.belongto.org/pro/page.aspx?contentid=7179>

LGBT, principalement axée sur les jeunes

Formation des tribunaux et des juges sur les questions de PC/PVVIH:

https://www.ovcttac.gov/downloads/Trafficking/files/Edited_recording_Webinar_5.mp4

Cette séance identifie les stratégies fondées sur les tribunaux pour répondre aux besoins des victimes de la traite et comprend le rôle et l'importance du leadership judiciaire et judiciaire dans l'élaboration d'une réponse à la traite des êtres humains; Explore les moyens d'engager efficacement le système de justice et les intervenants de la collectivité et de maintenir la participation; Et examine des exemples de partenariats pour renforcer les capacités des organismes et améliorer l'identification des victimes.

http://www.equityproject.org/wp-content/uploads/2015/01/Equity_Curriculum_Complete.pdf

Les services juridiques pour enfants (LSC) de San Francisco ont élaboré un excellent programme de formation pour comprendre la SOGIE et développer la compétence pour servir les jeunes lesbiennes, homosexuels, bisexuels et transgenres dans le système de justice pour mineurs.

Formation des Médias sur les questions de PC / PVVIH :

<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kenia/01699content.pdf>

Rapport sur le VIH / sida: Un guide pour les journalistes kényans élaboré par la Fondation Frederic Ebert Stiftung et la Coalition des professionnels de la santé mentale du Kenya pour aborder les présentations souvent salaces et scientifiquement inexactes des questions liées au VIH et aux PVVIH dans les médias et " l'objet".

http://ibt.org.uk/documents/reports/IPPF_IBT_HIV_STIGMA_final.pdf

Le VIH et la stigmatisation: le défi des médias

Plus d'un rapport de conclusions, qu'un programme de formation, Le but de ce rapport est d'explorer le rôle des médias au Swaziland dans la réduction de la stigmatisation liée au VIH.

<http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Training%20Manual%20on%20Sex%20Work,%20HIV%20and%20Human%20Rights,%20ICRSE%20-%202015.pdf>

Manuel de formation sur le VIH, le travail du sexe et les droits de l'homme, produit par le Comité international sur les droits des travailleuses du sexe en Europe, mais pas pleinement axé sur les médias mais plein d'approches efficaces pour le plaidoyer et l'interprétation du droit et de la politique des droits de l'homme .

Formation du PC / PVS sur le travail avec les groupes cibles :

<http://esplerp.org/wp-content/uploads/2010/12/speakupmediatrainingmaterials.pdf>

Speak Up !: Formation médiatique pour le travailleur sexuel habilité, Matériel de formation Préparé par Audacia Ray et Eliyanna Kaiser en avril 2009. Un bon guide sur les relations avec les médias pour les travailleurs du sexe développé aux États-Unis mais utile en Guinée Avec adaptation.

<http://www.lgbtconsortium.org.uk/event/understanding-parliament-effective-engagement-government-leeds>

Comprendre le Parlement et l'engagement effectif avec le gouvernement (Leeds)

Un atelier interactif développé par le Consortium des organisations bénévoles et communautaires transgenres lesbiennes gay, bisexuelles et transgenres à Leeds, U.K.

Annexe G. Aider les communautés à adhérer aux organisations de services VIH qui travaillent avec les pc

Des groupes comme FMG, AGBEF et d'autres sont parmi les rares à fournir des services spécialisés et sensibles aux HSH et PS. Ils le font à grand risque pour leur bien-être personnel ainsi que pour les services qu'ils fournissent à d'autres communautés. Ils peuvent être confrontés à la colère des voisins qui les considèrent comme des personnes désagréables dans la région ou des leaders religieux et communautaires qui ne comprennent pas leurs motivations ou l'importance des services qu'ils fournissent aux groupes marginalisés. Le personnel de ces organisations est souvent stigmatisé ou se trouve en contradiction avec les leaders religieux et moraux au sein de la communauté.

Il est essentiel que les communautés comprennent le travail des organisations qui fournissent des services juridiques, de santé et autres aux HSH, aux PS et aux PVVIH. Il ne s'agit pas de promouvoir le comportement homosexuel ou la prostitution ou la promiscuité qui est souvent faussement associée au statut séropositif. Assurer la santé et la dignité humaine fondamentale de tous les individus et de la communauté dans son ensemble. Dans le même temps, les ONG travaillant avec des communautés marginalisées peuvent utiliser leur statut pour promouvoir le respect et la compréhension des groupes marginalisés, pour «pousser l'enveloppe» sur les questions de justice sociale lorsqu'elles trouvent le climat social et politique acceptable.

Annexe H. Participants à l'Atelier d'élaboration de la stratégie nationale de plaidoyer/Droit humains pour l'amélioration des résultats en matière de santé liés au VIH

Nom et Prenoms	Structure	Fonction	Contact
Diallo Maimouna	MSF/REGAP+	Resp de l'appui communautaire	628750820
Aissatou Oularé	REGAP+	Membre	622499002
Tolno Faya Benjamin	AGBEF	Responsable Suivi-Evaluation	628084229
Yacouba Sakho	AGBEF	Chargé de communication	628129462
Cécé Honomou	MAJ/AGBEF	Secrétaire Gle MAJ	623562990
Néné Bayo	MAJ/AGBEF	Présidente nationale MAJ	620466774
Dr Condé Aboubacar Sidiki	PSI/Guinée	Coordinateur Régional	624828146
Boubacar Biro Barry	AGUITEB	Président	628400307
Thierno Ahmadou Sow	Health-Focus	Chargé encadrement	622697809
Tory Koulibaly	AACG	Communication et relation exterieur	622021943
Magna Camara	REFIG	Responsable financier	623266600
Gassama Mohamed	REFIG	Membre	664525669
Mariame Diallo	AJFDG	Affaire sociale	657474875
Kankou Kourouma	AJFDG	membre	621961612
Fatoumata Doussou Camara	AJFDG	Présidente	622975485
Mamadou Gack	AAEC	Coordinateur	620798617
Ousmane Germain Camara	AAEC	Trésorier	620562317
Sylla Hassane	SE/CNLS	Communication	621666255
Dr Youla Aboubacar	SE/CNLS	Resp. Société civile	622206323
Adama Camara	SE/CNLS	Chef dept SC	624196251
Alpha Amadou Diallo	FMG	Chargé volet populations clés	622045257
Adama Hawa Bibi Diallo	OGDH	Chargé du genre	621183210
Stephane Dreze	MSF	Responsable plaidoyer	656555300
Abi Cisse	PSI/Guinée	Coordonnateur Adjointe Communication FM/VIH/TB	628684854
Barry Mamadou Bailo	PSI/Guinée	Coordonnateur Régional TB/VIH	624828145
Cary Alan Johnson	PSI/Guinée	Consultant international	91770822696
Haba Aimé Raphael	ABA/IED	Chargé de programme	622331925
Bah Fatoumata Binta	FMG	Point Focal VIH	628184613
Aboubacar Sidiki Kourouma	REGAP+	Vice-Président	622446410

