



ENQUETE BIO-COMPORTEMENTALE AUPRES DES POPULATIONS CLES (HSH ET PS) ET DETENUS EN MAURITANIE

Rapport consolidé

Décembre 2025

REMERCIEMENTS

Ce travail, coordonné par le SENLS, a été réalisé avec l'appui financier du FM ainsi qu'avec la contribution technique de personnes physiques et morales à qui nous adressons notre sincère gratitude et nos vifs remerciements. Il s'agit notamment de :

- Les membres du Comité de Pilotage et ceux du Comité Technique de l'IBBS
- Les structures impliquées du Ministère de la Santé
- Les structures impliquées du Ministère de la Justice
- Le consortium des organisations de la société civile (SOS-PE, STOP-SIDA et REMAP+)
- L'équipe des consultants
- Les agents enquêteurs
- Les enquêté(e)s pour leur déterminante collaboration.

A travers cette étude, le SENLS vise à actualiser les informations comportementales et sérologiques pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge du VIH et des IST au sein des populations clés et carcérales en Mauritanie.

Nous espérons que l'exploitation des résultats de ce travail contribuera à l'atteinte des objectifs du PSN, et nous rapprochera davantage de l'élimination de l'épidémie à l'horizon fixé par la communauté internationale.

**Professeur Abdallahi Ould Sidi Aly
Secrétaire Exécutif National**

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
TABLE DES MATIÈRES	3
LISTE DES TABLEAUX	10
LISTE DES GRAPHIQUES	16
LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES	17
RESUME	18
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	22
II. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS	24
2.1. OBJECTIF GENERAL	24
2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	24
2.3. RESULTATS ATTENDUS	24
III. APPROCHE METHODOLOGIQUE	25
3.1. TRAVAUX PREPARATOIRES	25
3.2. TYPE, CADRE ET PERIODE D'ENQUETE	26
3.3. GROUPE CIBLE DE L'IBBS	27
3.3.1. Définition des groupes cibles.....	27
3.3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	28
3.4. ECHANTILLONNAGE	31
3.4.1. Méthode et technique d'échantillonnage par type de population.....	31
3.4.2. Stratégie d'échantillonnage : approche RDS.....	31
3.4.3. Procédure de sélection des détenus.....	33
3.4.4. Taille de l'échantillon et procédure de sélection des détenus.....	34
3.5. MISE EN ŒUVRE DE LA COMPOSANTE ESTIMATION DE LA TAILLE : APPROCHE D'ESTIMATION DE LA TAILLE RETENUE POUR L'ETUDE	36
3.6. MISE EN ŒUVRE DE LA COMPOSANTE QUALITATIVE	39
3.7. COLLECTE DES DONNEES ET PROCEDURES OPERATIONNELLES	
43	
3.7.1. Formation du personnel de collecte et pré-test des outils.....	43
3.7.2. Les outils de collecte.....	45
3.7.3. Collecte de données bio comportementales quantitatives RDS.....	48
3.7.4. Collecte des données biologiques.....	50

3.8.	TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES DE L'ETUDE	56
3.8.1.	Traitement et analyse des données quantitatives (RDS).....	56
3.8.2.	Traitement et analyse des données qualitatives.....	58
3.8.3.	Plan et outils d'analyse des données	58
3.9.	CONSIDERATIONS ETHIQUES	58
3.10.	DIFFICULTES RENCONTREES, APPROCHES DE SOLUTION ET LIMITES	59
3.11.	PRESENTATION DES RESULTATS	60
IV.	PRESENTATION DES RESULTATS CHEZ LES HSH	61
4.1.	SYNTHESE DES RESULTATS CHEZ LES HSH	61
4.2.	APERÇU GÉNÉRAL DE L'ÉCHANTILLON	64
4.2.1.	Caractéristiques des graines	64
4.2.2.	Répartition des HSH par site de collecte	65
4.3.	CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES DES HSH	65
4.3.1.	Age, situation matrimoniale et niveau d'instruction des HSH	65
4.3.2.	Situation socio-professionnelle et revenu mensuel des HSH	66
4.3.3.	Orientation et préférence sexuelles des HSH	68
4.4.	VIE SEXUELLE, TYPES ET NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS, FREQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS, ET UTILISATION DE PRESERVATIF	70
4.4.1.	Âge au premier rapport sexuel.....	70
4.4.2.	Nombre de partenaires sexuels masculins différents.....	71
4.4.3.	Type de partenaires sexuels (sexe anal), pratiques sexuelles et nombre de partenaires sexuels	72
4.4.4.	Utilisation du préservatif.....	75
4.4.5.	Exposition au sexe non protégé	79
4.5.	INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	81
4.5.1.	Connaissance sur les infections sexuellement transmissibles	81
4.5.2.	IST, recours au traitement et comportement adopté en cas d'IST	82
4.6.	DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH-ACCES AUX TRAITEMENTS ANTI RETRO VIRAUX ET A LA CHARGE VIRALE	84
4.6.1.	Accès aux services de dépistage du VIH	84

4.6.2. Test de dépistage du VIH et accès aux traitements anti retro viraux et à la charge virale	86
4.6.3. Accès aux traitements antirétroviraux, à la charge virale et au soutien à l'endroit des PVVIH	87
4.7. CONNAISSANCES, OPINIONS ET ATTITUDES VIS-A-VIS DU VIH/SIDA	88
4.7.1. Connaissance en matière de prévention du VIH	88
4.7.3. Comportement des HSH vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)	90
4.8. CONNAISSANCE ET COUVERTURE EN MATIERE DE PROPHYLAXIE PRE-EXPOSITION (PREP) ET POST-EXPOSITION (PPE)	92
4.9. EGALITE DES SEXES, DROITS DE L'HOMME ET ELIMINATION DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION	93
4.9.1. Accès aux services de santé par les HSH au cours des 12 derniers mois	94
4.9.2. Stigmatisation intériorisée	95
4.9.3. Expériences de stigmatisation et/ou discrimination et de violation de droits des HSH	96
4.9.4. Expériences de violence physique et sollicitation de recours par les HSH	99
4.10. CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES	101
4.10.1. Consommation de boissons alcoolisées	101
4.10.2. Consommation de la drogue	103
4.11. ACCES AUX SERVICES, SEANCES D'INFORMATION SUR LE VIH ET OUTILS DE PREVENTION DU VIH	104
4.11.1. Exposition aux actions de prévention des IST, VIH et sida ...	104
4.11.2. Couverture des programmes de prévention du VIH	107
4.12. LA CASCADE DE TRAITEMENT ET DES 95-95-95	110
4.12.1. Charge virale chez les HSH dépistés positifs au cours de l'enquête	110
4.12.2. Analyse de la cascade de soins basée sur la quantification de la charge virale	110
4.13. PREVALENCE DU VIH, DE LA SYPHILIS, DE L'HEPATITE C ET B ET FACTEURS ASSOCIES	112
4.13.1. Prévalence du VIH selon le site d'enquête	112

4.13.2. Prévalence de l'infection à VIH selon les caractéristiques des HSH	113
4.13.3. Facteurs associés à la prévalence du VIH chez les HSH	114
4.13.4. Prévalence de la syphilis chez les HSH	114
4.13.5. Prévalence de l'hépatite B chez les HSH	115
4.13.6. Prévalence de la co-infection hépatite et VIH parmi les HSH	116
4.14. ESTIMATION DE LA TAILLE DES HSH	116
4.14.1. Estimation de la taille des HSH par la méthode du multiplicateur dans sa variante "objet unique"	116
4.14.2. Estimation de la taille de la population HSH par la méthode d'échantillonnage successif (Successive sampling-population size estimation : SS-PSE)	118
4.15. CONCLUSION	119
4.16. RECOMMANDATIONS	120
V. PRESENTATION DES RESULTATS CHEZ LES PS	122
5.1. SYNTHÈSE DES RESULTATS CLES CHEZ LES PS	122
5.2. APERÇU GÉNÉRAL DE L'ÉCHANTILLON	125
5.2.1. Caractéristiques des graines	125
5.2.2. Répartition des PS par site de collecte	125
5.3. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PS	126
5.4. ACTIVITÉ SEXUELLE ET UTILISATION DE PRÉSERVATIFS	129
5.4.1. Nombre et types de partenaires	130
5.4.2. Utilisation de préservatifs et de lubrifiants	131
5.5. Infections sexuellement transmissibles	134
5.5.1. Connaissance sur les infections sexuellement transmissibles	134
5.5.2. Recours au traitement et comportement adopté en cas d'IST	135
5.6. DÉPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH, ACCÈS AUX TRAITEMENTS ANTI RETRO VIRAUX ET À LA CHARGE VIRALE	136
5.6.1. Accès aux services de dépistage du VIH	136
5.6.2. Test de dépistage du VIH et accès aux traitements anti retro viraux et à la charge virale	137

5.7. CONNAISSANCES, OPINIONS ET ATTITUDES VIS-A-VIS DU VIH/SIDA	142
5.7.2. Connaissance en matière de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH	144
5.7.3. Utilisation de la contraception	144
5.7.4. Comportement des PS vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)	145
5.8. Connaissance et couverture en matière de Prophylaxie Pre-Exposition (PrEP) et Post-Exposition (PPE)	146
5.9. EGALITE DES SEXES, DROITS DE L'HOMME ET ELIMINATION DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION	148
5.9.1. Accès aux services par les PS au cours des 12 derniers mois 148	
5.9.2. Stigmatisation intériorisée	150
5.9.3. Expériences de stigmatisation et/ou discrimination et de violation de droits des PS	150
5.9.4. Expériences de violence physique et sollicitation de recours par les PS	152
5.9.5. Expériences de violence sexuelle et relation des PS avec les forces de sécurité	154
5.9.6. Attitudes sur les violences faites aux femmes rapportées par les PS 155	
5.10. CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES	156
5.10.1. Consommation de boissons alcoolisées	156
5.10.2. Consommation de la drogue	158
5.11. ACCES AUX SERVICES, SEANCES D'INFORMATION SUR LE VIH ET OUTILS DE PREVENTION DU VIH	159
5.11.1. Exposition aux actions de prévention des IST, VIH et Sida ... 159	
5.11.2. Couverture des programmes de prévention du VIH	160
5.12. LA CASCADE DE TRAITEMENT ET DES 95-95-95	163
5.12.1. Charge virale chez les PS dépistées positives au cours de l'enquête	163
5.12.2. Analyse de la cascade de soins basée sur la quantification de la charge virale	164
5.13. PREVALENCE DU VIH, DE LA SYPHILIS, DE L'HEPATITE B ET FACTEURS ASSOCIES	165

5.13.1.	Prévalence du VIH selon le site d'enquête	165
5.13.2.	Prévalence de l'infection à VIH selon les caractéristiques des PS	165
5.13.3.	Facteurs associés à la prévalence du VIH chez les PS	166
5.13.4.	Prévalence de la syphilis chez les PS	166
5.13.5.	Prévalence de l'hépatite B chez les PS	167
5.13.6.	Prévalence de la co-infection hépatite et VIH parmi les PS	168
5.14.	ESTIMATION DE LA TAILLE LES PS	169
5.14.1.	Estimation de la taille des PS par la méthode du multiplicateur dans sa variante "objet unique"	169
5.14.2.	Estimation de la taille de la population PS par la méthode d'échantillonnage successif (Successive sampling-population size estimation : SS-PSE)	171
5.15.	CONCLUSION	172
5.16.	RECOMMANDATIONS	173
VI.	DISCUSSION DES RÉSULTATS AVEC CEUX DE L'IBBS 2019	176
6.1.	CADRE DE L'ENQUETE	176
6.2.	DEFINITION DES GROUPES CIBLES	176
6.3.	CRITERES D'INCLUSION	177
6.4.	METHODE ET TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE	178
6.5.	CALCUL DE LA TAILLE DE L'ECHANTILLON REQUIS ET TAILLE DE L'ECHANTILLON FINAL PAR VILLE ET CIBLE	178
6.6.	OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES QUANTITATIVES	181
6.7.	MARQUEURS SEROLOGIQUES ET REMISE DES RESULTATS	182
6.8.	ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES HSH ET PS	183
6.9.	EVOLUTION DE LA PREVALENCE DU VIH CHEZ LES HSH EN MAURITANIE	184
6.10.	EVOLUTION DE LA PREVALENCE DU VIH CHEZ LES PS EN MAURITANIE	185
6.11.	EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE LA SYPHILIS CHEZ LES HSH EN MAURITANIE	186
6.12.	EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE LA SYPHILIS CHEZ LES PS EN MAURITANIE	187
6.13.	EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE L'HEPATITE B CHEZ LES HSH ET PS EN MAURITANIE	188

6.14. EVOLUTION DES INDICATEURS COMPORTEMENTAUX, DE COUVERTURE, DROITS DE L'HOMME ET ELIMINATION DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION CHEZ LES HSH ET PS EN MAURITANIE	189
6.15. ESTIMATION DE LA TAILLE DES HSH ET PS DANS LES VILLES D'ENQUETE PAR LA METHODE OBJET UNIQUE MULTIPLICATEUR ET D'ECHANTILLONNAGE SUCCESSIF (SUCCESSIVE SAMPLING-POPULATION SIZE ESTIMATION : SS-PSE)	190
VII. PRESENTATION DES RESULTATS CHEZ LES DETENUS	195
7.1. SYNTHESE DES RESULTATS CHEZ LES DETENUS	195
7.2. REPARTITION DES DETENUS PAR SITE DE COLLECTE.....	197
7.3. CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES DES DETENUS	197
7.4. VIE SEXUELLE, TYPES ET NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS, FREQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS, ET UTILISATION DE PRESERVATIF.....	199
7.5. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	203
7.5.1. Connaissance sur les infections sexuellement transmissibles	203
7.5.2. IST, recours au traitement et comportement adopté en cas d'IST	203
7.6. DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH-ACCES AUX TRAITEMENTS ANTI RETRO VIRAUX ET A LA CHARGE VIRALE	205
7.6.1. Accès aux services de dépistage du VIH.....	205
7.6.2. Test de dépistage du VIH et accès aux traitements anti-retro viraux	207
7.7. CONNAISSANCES, OPINIONS ET ATTITUDES VIS-A-VIS DU VIH/SIDA.....	208
7.7.1. Connaissances en matière de prévention du VIH.....	208
7.7.2. Connaissance des moyens en matière de prévention du VIH selon l'âge et le niveau d'instruction, Mauritanie, 2024.....	209
7.8. COMPORTEMENT DES DÉTENUS VIS-À-VIS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH).....	210
7.9. CONSOMMATION DE DROGUES EN PRISON ET EXPOSITION AU SANG	211
7.10. VIOLENCE ET RISQUE EN MILIEU CARCÉRAL.....	212

7.11. ACCES AUX SERVICES, SEANCES D'INFORMATION SUR LE VIH ET OUTILS DE PREVENTION DU VIH	213
7.12. LA CASCADE DE TRAITEMENT ET DES 95-95-95	218
7.13. PREVALENCE DU VIH, DE LA SYPHILIS, DE L'HEPATITE C ET B ET FACTEURS ASSOCIES	218
7.13.1. Prévalence du VIH selon le site d'enquête	218
7.13.2. Prévalence de l'infection à VIH selon les caractéristiques des détenus	218
7.13.3. Facteurs associés à la prévalence du VIH chez les détenus	219
7.13.4. Prévalence de la syphilis chez les détenus.....	219
6.1.1. Prévalence de l'hépatite B chez les détenus.....	220
7.14. CONCLUSION CONSOLIDEES	221
7.15. RECOMMANDATIONS CONSOLIDEES	222
VIII. ANNEXE	224
8.1. ANNEXE 1	224
8.2. ANNEXE 2	227
8.3. ANNEXE 3	230
8.4. ANNEXE 4	237

LISTE DES TABLEAUX

Tableau IV. 1: Caractéristiques des graines de l'enquête bio comportementale chez les HSH dans les sites d'enquête	64
Tableau IV. 2: Répartition des HSH par site de collecte	65
Tableau IV. 3: Groupe d'âge, niveau d'instruction et situation matrimoniale des HSH, Mauritanie, 2024.....	66

Tableau IV. 4: Situation socio professionnelle et revenu mensuel parmi les HSH, Mauritanie, 2024	67
Tableau IV. 5: Nationalité des HSH, Mauritanie, 2024	67
Tableau IV. 6: Orientation et préférence sexuelle chez les HSH, Mauritanie, 2024	68
Tableau IV. 7: Situation de vie des HSH, Mauritanie, 2024	69
Tableau IV. 8: Lieu de rencontre des partenaires sexuels masculins chez les HSH, Mauritanie, 2024	70
Tableau IV. 9: Répartition des HSH en fonction de leur Initiation sexuelle, Mauritanie 2024	71
Tableau IV. 10: Nombre de partenaires sexuels masculins différents au cours des six derniers mois parmi les HSH, Mauritanie 2024	71
Tableau IV. 11: Type de partenaires sexuels (sexe anal) hommes par site d'enquête au cours des 6 derniers mois	72
Tableau IV. 12: Pratiques sexuelles et nombre de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois chez les HSH, Mauritanie 2024.....	74
Tableau IV. 13: Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois, par type de pratique sexuelles et de partenaires sexuels chez les HSH, Mauritanie 2024	76
Tableau IV. 14: Utilisation systématique du préservatif au cours des 6 derniers mois chez les HSH, Mauritanie 2024	77
Tableau IV. 15: Utilisation du préservatif depuis l'initiation sexuelle et accès aux préservatifs chez les HSH, Mauritanie, 2024	78
Tableau IV. 16: Exposition au sexe non protégé par type de pratiques sexuelles et de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois chez les HSH, Mauritanie, 2024	79
Tableau IV. 17: Répartition des HSH selon l'utilisation de lubrifiant.....	81
Tableau IV. 18: Connaissance des IST parmi les HSH, Mauritanie, 2024	82
Tableau IV. 19: Symptômes d'IST rapportés par les HSH, Mauritanie, 2024	83
Tableau IV. 20: Recours aux soins lors du dernier épisode d'IST au cours des 12 derniers mois parmi les HSH, Mauritanie, 2024.....	84
Tableau IV. 21: Accès aux services de dépistage du VIH par les HSH, Mauritanie, 2024.....	85
Tableau IV. 22: Test de dépistage du VIH parmi les HSH, Mauritanie, 2024	86
Tableau IV. 23: Accès au traitement anti-retro viraux et charge virale parmi les HSH, Mauritanie, 2024.....	88
Tableau IV. 24: Connaissance des moyens de se prévenir du VIH et rejet des fausses croyances relatives à la transmission du VIH, Mauritanie, 2024	89
Tableau IV. 25: Bonne connaissance en matière de prévention du VIH selon l'âge et le niveau d'instruction.....	90
Tableau IV. 26: Comportement des HSH vis- à-vis des personnes vivant avec le VIH, Mauritanie, 2024.....	91
Tableau IV. 27: Connaissance et couverture en matière de prophylaxie Préexposition (PrEP) chez les HSH, Mauritanie, 2024	92
Tableau IV. 28: Connaissance et couverture en matière de prophylaxie Post-exposition (PPE) chez les HSH, Mauritanie, 2024	93
Tableau IV. 29: Information et divulgation de l'orientation sexuelle selon le site d'enquête...	93
Tableau IV. 30: Accès aux services par les HSH au cours des 12 derniers mois, Mauritanie, 2024	94
Tableau IV. 31: Stigmatisation intériorisée parmi les HSH, Mauritanie, 2024.....	96
Tableau IV. 32: Evitement des soins et expériences de stigmatisation/discrimination et de violation de droits des HSH au niveau familial et social, Mauritanie, 2024.....	98
Tableau IV. 33: Expériences de violences physique ou sexuelle dans les 12 derniers mois, Mauritanie, 2024.....	99
Tableau IV. 34: Sollicitation de recours en cas de violence physique dans les 12 derniers mois, Mauritanie, 2024.....	100
Tableau IV. 35: Consommation de boissons alcoolisées parmi les HSH, Mauritanie, 2024	102
Tableau IV. 36: Consommation de drogues parmi les HSH, Mauritanie, 2024.....	103

Tableau IV. 37: Exposition aux messages sur les IST/VIH au cours des six derniers mois par les HSH, Mauritanie, 2024.....	105
Tableau IV. 38: Accès gratuit aux préservatifs et gels lubrifiants par les HSH, Mauritanie, 2024	106
Tableau IV. 39: Dépenses moyennes pour l'achat des préservatifs par les HSH, Mauritanie, 2024	107
Tableau IV. 40: Couverture des services de prévention combinés au cours des trois derniers mois, Mauritanie, 2024	108
Tableau IV. 41: Couverture des services au cours des 6 derniers mois pour la provision du paquet d'intervention de prévention complet	109
Tableau IV. 42: Répartition des HSH positifs au cours de l'enquête en fonction du résultat de la charge virale.....	110
Tableau IV. 43: Prévalence de l'infection à VIH selon quelques caractéristiques des HSH	113
Tableau IV. 44: Estimation de la taille totale des HSH dans les trois villes d'enquête par la variante « objet unique » de la méthode du multiplicateur	118
Tableau IV. 45: Estimation de la taille totale des HSH dans les trois villes d'enquête par la méthode d'échantillonnage successif	118
Tableau IV. 46: Estimation nationale de la taille de la population HSH par la combinaison de la méthode SS-PSE et la méthode de la proportion estimée	Erreur ! Signet non défini.
Tableau IV. 47 : Comportement adopté lors du dernier épisode d'IST	227
Tableau IV. 48: Prévalence du VIH selon le site d'enquête	227
Tableau IV. 49: Facteurs associés au VIH chez les HSH	227
Tableau IV. 50: Prévalence de la syphilis selon les sites d'enquête	228
Tableau IV. 51: Prévalence de l'hépatite B selon le site d'enquête.....	228
Tableau IV. 52: Prévalence de la coïnfection VIH et de l'hépatite B selon le site d'enquête	228
Tableau IV. 53: Evolution de la prévalence du VIH chez les HSH en Mauritanie	229
Tableau IV. 54: Evolution de la prévalence de la syphilis chez les HSH en Mauritanie.....	229
Tableau V. 1: Répartition des PS par site de collecte en Mauritanie, 2024	125
Tableau V. 2: Répartition des PS selon le groupe d'âge, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale et la localité ou ville d'enquête, Mauritanie, 2024	126
Tableau V. 3: Situation de vie et âge au premier mariage chez les PS, Mauritanie, 2024...	127
Tableau V. 4: Nationalité des PS et durée de séjour pour les non mauritaniennes, Mauritanie, 2024	127
Tableau V. 5: Soutien financier à d'autres personnes parmi les PS, Mauritanie, 2024.....	128
Tableau V. 6: Autres activités liées au travail du sexe et mobilité parmi les PS, Mauritanie, 2024	128
Tableau V. 7: Age au premier rapport tarifé et durée d'exposition au travail du sexe, Mauritanie, 2024	129
Tableau V. 8: Nombre de partenaires sexuels chez les PS, Mauritanie, 2024	130
Tableau V. 9: Montant perçu lors du dernier rapport sexuel avec un client chez les PS, Mauritanie, 2024.....	130
Tableau V. 10 Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois par type de partenaire, Mauritanie, 2024	131
Tableau V. 11: Fréquence d'utilisation du préservatif chez les PS, Mauritanie, 2024	131
Tableau V. 12: Proportion de la population exposée au sexe non protégé chez les PS, Mauritanie, 2024.....	133
Tableau V. 13: Utilisation du lubrifiant chez les PS, Mauritanie, 2024.....	133
Tableau V. 14: Connaissance des IST parmi les PS, Mauritanie, 2024	134
Tableau V. 15: Symptômes d'IST rapportés par les PS pour les 12 derniers mois, Mauritanie, 2024	135
Tableau V. 16: Recours aux soins lors du dernier épisode d'IST dans les 12 parmi les PS, Mauritanie, 2024.....	135
Tableau V. 17: Accès aux services de dépistage du VIH par les PS, Mauritanie, 2024	137
Tableau V. 18: Test de dépistage du VIH parmi les PS, Mauritanie, 2024	138

Tableau V. 19: Accès aux traitements anti retro viraux et à la charge virale parmi les PS, Mauritanie, 2024.....	139
Tableau V. 20: Autotest du VIH et accès au service d'auto-dépistage du VIH parmi les PS, Mauritanie, 2024.....	141
Tableau V. 21: Connaissance des moyens de se prévenir du VIH et rejet des fausses croyances relatives à la transmission du VIH parmi les PS, Mauritanie, 2024	143
Tableau V. 22: Utilisation de la contraception parmi les PS, Mauritanie 2024.....	144
Tableau V. 23: Comportement des PS vis- à-vis des personnes vivant avec le VIH, Mauritanie, 2024	146
Tableau V. 24: Connaissance et couverture en matière de prophylaxie Pré-exposition (PrEP) chez les PS, Mauritanie, 2024.....	147
Tableau V. 25: Connaissance et couverture en matière de prophylaxie Post-exposition (PPE) chez les PS, Mauritanie, 2024	148
Tableau V. 26: Accès aux services par les PS au cours des 12 derniers mois, Mauritanie 2024	148
Tableau V. 27: Stigmatisation intériorisée parmi les PS, Mauritanie, 2024	150
Tableau V. 28: Expériences de stigmatisation/discrimination et de violation de droits des PS au niveau familial et social, Mauritanie, 2024	151
Tableau V. 29: Violences physiques à cause du statut de PS, Mauritanie, 2024	153
Tableau V. 30: Sollicitation de recours en cas de violence physique par les PS dans les 12 derniers mois, Mauritanie, 2024	153
Tableau V. 31: Violences sexuelles et relation des PS avec les forces de sécurité, Mauritanie, 2024	154
Tableau V. 32: Attitudes à l'égard de la violence contre les femmes parmi les PS, Mauritanie, 2024	156
Tableau V. 33: Consommation de boissons alcoolisées parmi les PS, Mauritanie, 2024....	157
Tableau V. 34: Consommation de drogues par les PS, Mauritanie, 2024	158
Tableau V. 35: Couverture des programmes de prévention du VIH au cours des 3 derniers mois parmi les PS, Mauritanie, 2024	161
Tableau V. 36: Couverture des programmes de prévention du VIH au cours des 6 derniers mois parmi les PS, Mauritanie, 2024	162
Tableau V. 37: Répartition des PS positives au cours de l'enquête en fonction du résultat de la charge virale.....	163
Tableau V. 38: Prévalence de l'infection à VIH selon quelques caractéristiques des PS	166
Tableau V. 39: Estimation de la taille totale des PS dans les trois villes d'enquête par la variante « objet unique » de la méthode du multiplicateur	170
Tableau V. 40: Estimation de la taille totale des PS dans les trois villes d'enquête par la méthode d'échantillonnage successif	171
Tableau V. 41: Estimation nationale de la taille de la population PS par la combinaison de la méthode SS-PSE et la méthode de la proportion estimée	Erreur ! Signet non défini.
Tableau V. 42: Caractéristiques des graines de l'enquête bio comportementale chez les PS dans les sites d'enquête en Mauritanie, 2024	230
Tableau V. 43: Age au premier rapport sexuel chez les PS, Mauritanie, 2024.....	230
Tableau V. 44: Répartition des PS en fonction de la bonne connaissance en matière de prévention du VIH selon l'âge et le niveau d'instruction, en Mauritanie, 2024.....	231
Tableau V. 45: Bonne connaissance sur la PTME parmi les PS, Mauritanie, 2024.....	231
Tableau V. 46: Accès aux messages de prévention contre les IST, le VIH et le Sida au cours des six derniers mois par les PS, Mauritanie, 2024	231
Tableau V. 47: Accès aux services de prévention des IST, du VIH et du Sida par les PS, Mauritanie, 2024.....	232
Tableau V. 48: Accès gratuit aux préservatifs et gels lubrifiants par les PS, Mauritanie, 2024	233
Tableau V. 49: Besoins et achat des préservatifs par les PS, Mauritanie, 2024	234
Tableau V. 50: Prévalence du VIH selon le site d'enquête	235
Tableau V. 51: Facteurs associés au VIH chez les PS	235

Tableau V. 52: Prévalence de la syphilis selon les sites d'enquête	235
Tableau V. 53: Prévalence de l'hépatite B selon le site d'enquête	235
Tableau V. 54: Prévalence de la coïnfection VIH et de l'hépatite B selon le site d'enquête	236
Tableau V. 55: Evolution de la prévalence du VIH chez les PS en Mauritanie	236
Tableau V. 56: Evolution de la prévalence de la syphilis chez les PS en Mauritanie	236
Tableau VI. 1: Répartition des détenus par site de collecte	197
Tableau VI. 2: Groupe d'âge, sexe, niveau d'instruction et situation matrimoniale des détenus, Mauritanie, 2024.....	197
Tableau VI. 3: Nationalité des détenus, Mauritanie, 2024.....	198
Tableau VI. 4: Statut actuel, durée et fréquence d'incarcération parmi les détenus, Mauritanie, 2024.....	199
Tableau VI. 5: Activité sexuelle et partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois parmi les détenus, Mauritanie, 2024.....	199
Tableau VI. 6: Répartition des détenus en fonction du nombre de partenaires sexuels différents qu'ils ont eu au cours des six derniers mois et de l'utilisation systématique du préservatif	200
Tableau VI. 7: Expérience de partenariat sexuel durant toute la durée de l'incarcération au cours des 12 derniers mois, Mauritanie, 2024	201
Tableau VI. 8: Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel dans les 6 derniers mois, Mauritanie, 2024.....	201
Tableau VI. 9: Utilisation systématique du préservatif en détention dans les 6 derniers mois, Mauritanie, 2024.....	202
Tableau VI. 10: Exposition au sexe non protégé en détention dans les 6 derniers mois, Mauritanie, 2024.....	202
Tableau VI. 11: Rapports sexuels payant ou transactionnel parmi les détenus au cours des 6 derniers mois, Mauritanie, 2024	203
Tableau VI. 12: Connaissance des IST parmi les détenus, Mauritanie, 2024	203
Tableau VI. 13: Connaissance des IST et présence de signes/symptômes d'IST parmi les détenus au cours des 6 derniers mois selon le site d'enquête, Mauritanie, 2024.....	204
Tableau VI. 14: Recours aux soins lors du dernier épisode d'IST au cours des 6 derniers mois parmi les détenus, Mauritanie, 2024.....	205
Tableau VI. 15: Accès aux services de dépistage et test du VIH par les détenus, Mauritanie, 2024	206
Tableau VI. 16: Connaissance de sa séropositivité au dernier test de dépistage du VIH parmi les détenus, Mauritanie, 2024.....	207
Tableau VI. 17: Accès au traitement anti-retro viraux et charge virale parmi les détenus, Mauritanie, 2024.....	207
Tableau VI. 18: Connaissance des moyens de se prévenir du VIH et rejet des fausses croyances relatives à la transmission du VIH, Mauritanie, 2024	208
Tableau VI. 19: Bonne connaissance en matière de prévention du VIH selon l'âge et le niveau d'instruction.....	209
Tableau VI. 20: Comportement des détenus vis- à-vis des personnes vivant avec le VIH, Mauritanie, 2024.....	210
Tableau VI. 21: Consommation de drogues parmi les détenus, Mauritanie, 2024.....	211
Tableau VI. 22: Autre comportement à risque en milieu carcéral, Mauritanie, 2024.....	212
Tableau VI. 23: Violence en milieu carcéral, Mauritanie, 2024.....	213
Tableau VI. 24: Accès aux messages de prévention contre les IST, le VIH et le Sida au cours des six derniers mois par les détenus selon le site d'enquête, Mauritanie, 2024	214
Tableau VI. 25: Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les détenus selon le site d'enquête, Mauritanie, 2024.....	215
Tableau VI. 26: Symptômes et prise en charge de la tuberculose parmi les détenus, Mauritanie, 2024	216
Tableau VI. 27: Symptômes et prise en charge médicale des détenus, Mauritanie, 2024.....	217
Tableau VI. 28: Prévalence de l'infection à VIH selon quelques caractéristiques chez les détenus	219
Tableau VI. 29: Prévalence du VIH selon le site d'enquête	237

Tableau VI. 30: Facteurs associés au VIH chez les détenus	237
Tableau VI. 31: Prévalence de la syphilis selon les sites d'enquête	237
Tableau VI. 32: Prévalence de l'hépatite B selon le site d'enquête	238

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique IV. 1: Cascade de traitement et des 95-95-95 au sein des populations clés HSH	112
Graphique IV. 2: Prévalence du VIH selon le site d'enquête.....	112
Graphique IV. 3: Prévalence de la syphilis selon les sites d'enquête.....	115
Graphique IV. 4: Prévalence l'hépatite B selon les sites d'enquête	115
Graphique IV. 5: Prévalence de la coïnfection VIH et de l'hépatite B selon le site d'enquête	116
Graphique IV. 6: Evolution de la prévalence du VIH chez les HSH entre 2019 et 2024	185
Graphique IV. 7: Evolution de la prévalence de la syphilis chez les HSH entre 2019 et 2024	187
Graphique V. 1 : Prévalence du VIH selon la ville d'enquête	165
Graphique V. 2 : Prévalence de la syphilis selon la ville d'enquête.....	167
Graphique V. 3 : Prévalence de l'hépatite B selon la ville d'enquête.....	168
Graphique V. 4 : Prévalence de la coïnfection VIH et de l'hépatite B selon la ville d'enquête	169
Graphique V. 5 : Evolution de la prévalence du VIH chez les PS entre 2019 et 2024.....	186
Graphique V. 6 : Evolution de la prévalence de la syphilis chez les PS entre 2019 et 2024.....	188
Graphique VI. 1: Prévalence du VIH selon le site d'enquête.....	218
Graphique VI. 2: Prévalence de la syphilis selon le site d'enquête	220
Graphique VI. 3: Prévalence de l'hépatite B chez les détenus.....	220

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ART	: La thérapie antirétrovirale
CAPI	: Computer Assisted Personal Interviewing
CCDAG	: Centre de Conseil Dépistage Anonyme et Gratuit
CDV	: Conseil et dépistage volontaire du VIH
CNLS	: Commission nationale de lutte contre le Sida
DBS	: Dried Blood Spot (gouttes de sang séchées sur papier buvard)
ELISA	: Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
HSH	: Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IBBS	: La surveillance comportementale et biologique intégrée
INRSP	: Institut National de Recherches en Santé Publique
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
KP	: Les Populations Clés à haut risque du VIH
OBC	: Les organisations à base communautaire
OIM	: Organisation Internationale pour la Migration
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unis sur le VIH/sida
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PPE	: La prophylaxie post-exposition
PrEP	: La Prophylaxie pré-exposition
PS	: Professionnelle du Sexe
PSF	: Professionnelle du Sexe Féminin
PSN	: Plan Stratégique National
PPL	: Personne privée de liberté/Détenu
PVVIH	: Les personnes vivant avec le VIH
RDS	: Echantillonnage déterminé par les répondants
RPR	: Rapid Protein Reagin
SENL	: Secrétariat de la Commission nationale de lutte contre le Sida
Sida	: Le syndrome d'immunodéficience acquise
SS-PSE	: Estimation de la taille de la population d'échantillonnage successives
SOPs	: Standard operating procedures/Procédures opérationnelles standardisées
TPHA	: Treponema pallidum hemagglutination assay
UD/UDI	: Usagers de drogues /Usagers de drogues injectables
UPEC	: Unité de Prise en Charge
VIH	: Le virus de l'immunodéficience humain

RESUME

Ce rapport présente les résultats de la deuxième étude intégrée de surveillance comportementale et biologique (IBBS) en Mauritanie. L'objectif de l'IBBS 2024 est de fournir des informations comportementales, sérologiques et d'estimation de la taille pour l'amélioration de la prévention et la prise en charge du VIH et des IST en direction des populations clés (HSH, PS) et détenus en Mauritanie.

Ces résultats ont fait l'objet d'un contrôle de qualité externe pour rechercher d'éventuelles incohérences, biais ou erreurs méthodologiques, et proposer les ajustements nécessaires, notamment en ce qui concerne la prévalence et l'estimation de la taille des PC, sur la base de la méthodologie utilisée par ce contrôle de qualité.

Ce contrôle a porté sur la qualité de la mise en œuvre méthodologique, en particulier le respect du protocole RDS (Respondent-Driven Sampling), la validité statistique des estimations de prévalence pour le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B, ainsi que sur la cohérence des estimations de taille des populations HSH et PS, comparant les méthodes d'« objet unique » et SS-PSE (Successive Sampling – Population Size Estimation).

Approche méthodologique

Cette enquête a un caractère national et a couvert trois villes pour les PS et HSH (Nouakchott, Nouadhibou et Rosso) et quatre villes pour les détenus (Nouakchott, Nouadhibou, Aleg et Nbeyka). L'échantillon des répondants HSH et PS a été constitué à partir de la méthodologie de l'échantillonnage dirigé par les répondants (respondent-driven sampling ou RDS. Cf 3.4.1. Stratégie d'échantillonnage : description de l'approche RDS page 32). Pour chaque type de population de l'enquête, les données comportementales ont été collectées à travers des entrevues individuelles directes sur la base de questionnaires électroniques standardisés ; en sus des prélèvements veineux sanguins pour le test sérologique du VIH, de la syphilis de l'hépatite virale B ont été réalisés.

Le contrôle de qualité externe révèle que si le protocole RDS a été globalement respecté, la mesure des réseaux sociaux de la population enquêtée a montré certaines limites, affectant le calcul des poids. En effet, comme les données ont été collectées entre le 23 juillet et le 07 septembre 2024 auprès d'un échantillon de 1021 participants (255 PS, 466 HSH et 300 détenus), à partir de 10 sites de collecte (3 sites PS, 3 sites HSH et 4 sites détenus), coïncidant avec une période de vacances caractérisée par une forte mobilité des populations, le contrôle de qualité externe, estime que cette période a pu introduire des biais. Le taux de couverture moyen a atteint seulement 34%, avec des disparités significatives entre les sites.

L'analyse des données quantitatives collectées auprès des HSH et PS a été faite avec le logiciel RDS Analyst, version 7.1.38. L'analyse des données avec le RDS Analyst nécessite un ajustement en fonction de la taille du réseau social et de l'effort de recrutement au sein des réseaux. Elle fournit les estimations avec un intervalle de confiance à 95% pour les indicateurs clés. L'analyse avec le RDS Analyst produit aussi les poids des recrues dans l'échantillon final ; ce qui permet de faire des analyses plus complexes.

Pour le contrôle externe de qualité, l'analyse des données a mis en lumière deux constats majeurs. D'une part, l'application d'une pondération harmonisée au niveau national, visant à corriger les biais des réseaux sociaux des populations enquêtées, a eu pour effet de réduire significativement les estimations globales de prévalence. D'autre part, la comparaison des méthodes d'estimation de taille a montré que l'approche par « objet unique » tend à surestimer les populations clés, tandis que les résultats obtenus par la méthode SS-PSE apparaissent plus réalistes et cohérents avec la structure démographique des villes.

La synthèse des principaux résultats est présentée dans le tableau ci-dessous.

Libellé des indicateurs	Cibles	Nouakchott	Nouadhibou	Rosso	Aleg	Nbeyka	Ensemble	Données Contrôle externe de qualité
Prévalence du VIH (%)	HSH	35,6	6,48	3,69	NA	NA	28,1	19,67
	PS	22,2	8,08	5,08	NA	NA	18,2	9,15
	Détenus	2 (Dar Naim)	0	NA	6	0	1,67	
Prévalence de la syphilis (%)	HSH	21,1	5,88	0	NA	NA	16,6	11,75
	PS	7,77	0,83	0	NA	NA	5,89	1,57
	Détenus	2 (Dar Naim)	0	NA	8	4	2,67	

Libellé des indicateurs	Cibles	Nouakchott	Nouadhibou	Rosso	Aleg	Nbeyka	Ensemble	Données Contrôle externe de qualité
Prévalence de l'hépatite B	HSH	3,73	9,69	0	NA	NA	3,87	4,66
	PS	10,7	4,87	0	NA	NA	18,37	4,31
	Détenus	16 (Dar Naim)	0	NA	0	0	16	
Taille estimée par la méthode d'échantillonnage successif (SS-PSE)	HSH	2304 (1835-2509)	1001 (454-1645)	967 (305-1476)	NA	NA	4272 (2357-5701)	4 272
	PS	5507 (4371-6854)	1905 (1328-2190)	706 (139-1518)	NA	NA	8118 (3548-10901)	8 118
Bonne connaissance en matière de prévention du VIH (%)	HSH	30	19	8	NA	NA	26	
	PS	9	27	4	NA	NA	9	
	Détenus	4 (Dar Naim)	3	NA	8	2	4	
A présenté au cours des 12 derniers mois l'un au moins des 3 symptômes les plus fréquents d'IST	HSH	11	28	13	NA	NA	13	
A eu au moins un symptôme d'IST au cours des 12 derniers mois (%)	PS	82	42	61	NA	NA	76	
A présenté au cours des 6 derniers mois un épisode d'écoulement ou d'ulcération génitale ou de brûlures mictionnelles (%)	Détenus	8 (Dar Naim)	28	NA	20	26	20	
A utilisé un préservatif au dernier rapport sexuel avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois (%)	HSH	90	67	61	NA	NA	84	
A utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec le dernier client au cours des six derniers mois (%)	PS	70	97	26	NA	NA	66	
A utilisé un préservatif au dernier rapport sexuel avec un homme dans les 6 derniers mois (%)	Détenus	12 (Dar Naim)	3	NA	6	0	6	
A utilisé un préservatif au dernier rapport sexuel avec une femme dans les 6 derniers mois (%)	Détenus	5 (Dar Naim)	0	NA	0	0	2	
Testé dans les 6 derniers mois et a reçu les résultats (%)	HSH	21	14	4	NA	NA	18	
	PS	22	33	44	NA	NA	25	
Testé dans les 12 derniers mois et a reçu les résultats (%)	Détenus	2 (Dar Naim)	8	NA	0	2	4	
A subi un test de dépistage du VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou qui savent qu'elles vivent avec le VIH (%)	HSH	25	14	6	NA	NA	22	
	PS	55	49	67	NA	NA	56	
	Détenus	2 (Dar Naim)	8	NA	0	2	4	
A évité de consulter les services de santé à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois (%)	HSH	1	3	1	NA	NA	1	
	PS	8	2	4	NA	NA	7	
A rapporté des états d'attitudes discriminatoires à l'en-	HSH	39	7	75	NA	NA	41	
	PS	9	12	22	NA	NA	12	
	Détenus	46 (Dar Naim)	38	NA	64	86	49	

Libellé des indicateurs	Cibles	Nouakchott	Nouadhibou	Rosso	Aleg	Nbeyka	Ensemble	Données Contrôle externe de qualité
contre des personnes vivant avec le VIH (%)								
A été victime de stigmatisation et de discrimination dans les 12 derniers mois (%)	HSH	14	0	8	NA	NA	12	
A été victime de stigmatisation et de discrimination dans les 6 derniers mois (%)	PS	19	7	4	NA	NA	16	
A subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois (%)	HSH	10	3	0	NA	NA	8	
	PS	22	4	1	NA	NA	17	
A entendu parler de violences sexuelles ou en a été témoin (relations sexuelles contre la volonté de quelqu'un) dans leur établissement de détention (%)	Détenus	19 (Dar Naim)	3	NA	40	90	29	
A bénéficié d'au moins deux services de prévention combiné au cours des 3 derniers mois (%)	HSH	59	13	7	NA	NA	47	
	PS	22	27	5	NA	NA	19	
	Détenus	1 (Dar Naim)	0	NA	0	0	0	
A déjà pris la PrEP (%)	HSH	28	0	0	NA	NA	24	
	PS	0	33	NA	0	0	5	

De l'analyse du niveau actuel des principaux indicateurs, il ressort que :

- Malgré la séroprévalence du VIH faible au sein de la population générale âgée de 15-49 ans en Mauritanie, l'épidémie reste fortement concentrée au sein des PS et HSH;
- La surveillance épidémiologique et la prise en charge de la syphilis et de l'hépatite B, mérite d'être renforcé chez les PS, HSH et détenus (une priorité doit être accordée à Nouakchott et Nouadhibou);
- Les PS, HSH et détenus demeurent exposés aux IST et recourent peu aux services de soins et traitement en cas d'épisode d'IST;
- La bonne connaissance sur le VIH reste globalement insuffisante et très préoccupante car pouvant limiter les efforts individuels de prévention du VIH;
- Le niveau de couverture des services de prévention du VIH est faible pour les HSH et PS, inexistant pour les détenus (a bénéficié d'au moins deux services de prévention combinée au cours des 3 derniers mois) ;
- L'atteinte du premier 95 reste un véritable défi au regard de l'insuffisance de connaissance du statut sérologique (22% des HSH, 56% des PS et 4% des détenus ont déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou savent qu'elles/qu'ils vivent avec le VIH).
- L'utilisation des services de la PrEP mérite d'être renforcé chez les PS et les HSH ;
- La lutte pour l'égalité des sexes, les droits de l'homme et élimination de la stigmatisation et de la discrimination sous toutes ces formes mérite d'être renforcée et évaluée de façon périodique.

Le contrôle de qualité externe souligne la vigueur générale de l'enquête IBBS 2024 tout en identifiant des points d'amélioration critiques qui doivent être pris en considération.

Les recommandations principales sont les suivantes :

- Adopter les valeurs issues de la pondération harmonisée comme données de référence pour la prévalence au sein des populations clés dans le pays, celles-ci étant plus robustes et plus représentatives de la situation épidémiologique nationale :

- Prévalence du VIH : 19,67% pour les HSH et 9,15% pour les PS
- Prévalence de la Syphilis : 11,75% pour les HSH et 1,57% pour les PS
- Prévalence de l'Hépatite B : 4,66% pour les HSH et 4,31% pour les PS
- Retenir les estimations SS-PSE (4 272 HSH et 8 118 PS) comme valeurs de référence pour le suivi national des programmes ;
- Définir clairement le périmètre du "réseau social" lors de la collecte, en précisant sans ambiguïté le cadre géographique local pour les prochaines enquêtes ;
- Renforcer les contrôles de cohérence en temps réel sur les variables clés (taille du réseau, statut biologique) lors des prochaines enquêtes.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La République Islamique de Mauritanie s'est engagée dans l'initiative d'élimination du sida d'ici 2030 avec comme objectif intermédiaire l'atteinte des 95-95-95 en 2025. Cet engagement exige de développer de stratégies adaptées de prévention et de prise en charge du VIH, basées sur l'évidence. A cet effet, produire des données au travers de processus de recherche est un atout d'efficience.

De ce fait, les enquêtes bio comportementales sont préférées aux enquêtes classiques. Avec leur volet dépistage qui booste l'atteinte du premier 95 (95% de PVVIH connaissent leur statut sérologique), elles fournissent aussi des données sur la taille de la population, des informations comportementales et renseignent la prévalence du VIH et autres IST.

Plusieurs études intégrées de surveillance comportementale et biologique (IBBS), de cartographie et d'estimation de taille sont régulièrement menées en Mauritanie afin d'assurer le suivi de l'évolution de l'épidémie au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection par le VIH et des sous-populations spécifiques notamment les professionnelles du sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec des homes (HSH) et les détenus (la dernière date de 2019 pour l'IBBS chez les PS et HSH, 2014 pour l'IBBS auprès des détenus et de 2021 pour la cartographie des populations clés PS et HSH dans les grandes zones urbaines).

De l'analyse de la situation épidémiologique du VIH en Mauritanie, il ressort que l'épidémie se démarque par son caractère concentré. En effet, selon la fiche pays 2023 publiée par l'ONUSIDA, la prévalence du VIH au sein de la population générale (adultes âgés de 15-49 ans) estimée à partir du Spectrum est de 0,2% [0,1-0,2]. La prévalence du VIH reste faible en Mauritanie en population générale, (adultes âgés de 15-49 ans), avec une dynamique de réduction depuis ces dix dernières années, selon les estimations du Spectrum réalisé par l'ONUSIDA en juin 2022.

Selon l'IBBS 2019 auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection par le VIH, la prévalence du VIH est respectivement de 9% en moyenne chez les PS (10,3% à Nouakchott, 2,9% à Nouadhibou et 1,1% à Rosso) et, 23,4% en moyenne chez les HSH (24,9% à Nouakchott, 4,7% à Nouadhibou et 3,7% à Rosso).

Les données épidémiologiques des populations en contexte de vulnérabilité notamment les détenus remontent à 2014. En 2014, la prison des hommes de Dar-Naïm et la prison des femmes de Sebka, situées toutes deux à Nouakchott avaient été ciblées et la prévalence du VIH parmi les enquêtés était de 2,88% [1,34-4,42], soit quatorze fois plus élevée que celle observée au sein de la population générale âgée de 15-49 ans (0,3%).

Le plan stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2022-2026 cible en priorité les groupes de populations qui caractérisent le profil de l'épidémie en Mauritanie et sa dynamique de transmission, tant du point de vue de la séroprévalence que de la connaissance du VIH et des comportements à risque vis-à-vis de ladite

infection. Malgré la tendance à la baisse de la séroprévalence au sein de la population générale, les données disponibles montrent que la séroprévalence reste élevée dans certaines sous populations socio professionnelles (PS, HSH, détenus).

La mise en œuvre du PSN (2022-2026) devrait permettre l'atteinte des 3x95, pour aboutir à l'élimination du VIH d'ici l'horizon 2030.

La présente enquête se situe dans la perspective de disposer de données sérologiques et comportementales vis-à-vis du VIH au sein des groupes prioritaires, permettant d'apprécier les progrès réalisés et la part contributive des interventions programmées. Cette enquête est commanditée par le Secrétariat Exécutif National de lutte contre le SIDA (SENL) en collaboration avec le Ministère de la Santé, sur financement Fonds Mondial.

L'enquête est réalisée sous la coordination du SENL et en étroite collaboration avec le comité de pilotage composé des acteurs impliqués dans les activités ciblant les populations clés en Mauritanie. Pour la conception et la mise en œuvre, le SENL et le comité de pilotage ont bénéficié de l'appui de cinq consultants (un international et quatre nationaux) pour toute les phases de cette enquête (la recherche formative, l'élaboration du protocole, l'élaboration des outils de collecte de données, la préparation et la conduite de la formation du personnel de collecte, l'assistance à la mise en place des sites d'enquêtes, l'assistance au démarrage de l'enquête, le suivi de la collecte des données, le traitement et l'analyse des données, l'élaboration du rapport et la dissémination des résultats).

L'enquête servira de référence à tous les décideurs et planificateurs à l'échelle nationale, aux acteurs gouvernementaux et de la société civile ainsi que pour l'alimentation des cadres de données internationales sur la prévalence du VIH dans les pays. Elle servira particulièrement à revoir les interventions différenciées de la subvention Fonds mondial 2021-2023 pour les populations clés. En sus, les résultats de cette enquête permettront de : (i) fournir des données actualisées relatives aux comportements et à l'infection à VIH et aux IST pour les populations présentant des risques plus élevés d'exposition au VIH, (ii) d'apprécier l'efficacité des différentes interventions et (iii) de donner une orientation aux décideurs et aux planificateurs des programmes de prévention et de prise en charge en direction des populations clés et en contexte de vulnérabilité.

II. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS

2.1. OBJECTIF GENERAL

L'objectif principal de la présente enquête est de fournir des informations comportementales, sérologiques et d'estimation de la taille sur les populations clés (HSH, PS) et les détenus en Mauritanie.

2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Il s'est agi plus spécifiquement de :

1. Déterminer la prévalence du VIH, de la syphilis et l'hépatite virale B au sein des groupes cibles identifiés ;
2. Mesurer la charge virale des participants dépistés positifs au VIH pendant l'enquête ;
3. Estimer la taille de la population des PS et HSH à l'aide des méthodes éprouvées scientifiquement dans les villes ciblées ;
4. Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques en lien avec l'infection par le VIH, la syphilis et l'hépatite virale B au sein des groupes cibles identifiés ;
5. Evaluer l'accès et l'utilisation des services de prévention, de soins et de prise en charge du VIH, des IST, de la syphilis et l'hépatite virale B par les groupes cibles identifiés (ceci inclus la couverture en matière de prophylaxie pré-exposition [PrEP] et post-exposition [PPE] pour les PS et HSH) ;
6. Analyser les liens entre les caractéristiques sociodémographiques, les comportements à risques et la distribution de la séroprévalence (VIH, syphilis et l'hépatite virale B) au sein des groupes cibles identifiés ;
7. Evaluer les besoins psychosociaux et en soins des groupes cibles (ceci inclus le recueil d'informations sur l'appréciation de la mise en œuvre des interventions par les groupes cibles identifiés et les acteurs clés/partenaires de mise en œuvre).

2.3. RESULTATS ATTENDUS

Le principal résultat attendu au terme de cette IBBS est que les indicateurs du suivi mondial de l'épidémie (GAM) au sein des groupes prioritaires sont connus et permettent d'apprécier les progrès réalisés dans le cadre de la mise en œuvre du PSN 2022-2026 et la part contributive des interventions programmées.

III. APPROCHE METHODOLOGIQUE

La présente enquête comporte trois composantes : biologique ; comportementale (quantitative et qualitative) et estimation de taille. Aussi, la démarche envisagée pour atteindre les objectifs s'articule autour des points suivants : les travaux préparatoires, la collecte des données, le traitement et l'analyse des données, l'élaboration et la validation du rapport de l'étude.

3.1. TRAVAUX PREPARATOIRES

En prélude à la phase terrain et dans le but de mieux planifier la mise en œuvre de cette enquête au regard du contexte (stigmatisation et discrimination en raison de l'orientation sexuelle ou du statut de PS, violences physiques et/ou sexuelles et autres), deux réunions exploratoires ont été organisées par l'entité de mise en œuvre en invitant les OSCs opérant auprès des populations clés et les autorités pénitentiaires pour une meilleure appréhension du contexte de mise en œuvre de l'enquête.

Elle avait pour objectif principal de collecter des données et informations permettant de faire des derniers réajustements en termes de stratégie opérationnelle de mise en œuvre de l'enquête. En sus, ces réunions ont permis de garantir l'adhésion et l'engagement des cibles et parties prenantes, expliquer les objectifs et la méthode d'échantillonnage d'une part, et tisser des liens avec la communauté HSH, PS et les différents partenaires d'autre part.

Plus spécifiquement, cette réunion initiale a consisté pour les HSH et PS à :

- Sensibiliser les cibles à l'enquête ;
- Evaluer l'acceptabilité de l'enquête et identifier les sites d'interviews ;
- Déterminer une méthode de recrutement, et un profil d'équipe qui soient les plus pertinents possibles compte tenu de la population ciblée ;
- S'accorder sur le montant des compensations pour les participants à l'enquête ;
- Identifier les HSH et PS potentiels pour recruter les participants à l'enquête « graines » ;
- Constituer l'équipe de l'enquête en incluant au maximum des personnes issues de la communauté des populations cibles ;
- Identifier les autres partenaires (laboratoire pour la conservation des réactifs et échantillon, laboratoire de référence pour le contrôle qualité, structures de soins et de traitement pour les personnes dépistées positives au VIH, à la Syphilis et à l'hépatite B au cours de l'enquête) ;
- Identifier les structures/ ONG de proximité intervenant en direction des cibles de chaque ville ;
- Tenir compte des risques sécuritaires, et trouver une entente avec les forces de l'ordre à travers la sensibilisation des autorités compétentes.

S'agissant spécifiquement des détenus, cette réunion initiale a consisté à :

- Prendre contact avec la Direction des affaires pénales et de l'administration pénitentiaire (DAPAP);
- Tisser les liens avec le personnel médical de l'infirmierie de prison et les ONG de santé intervenant en milieu carcéral ;
- Avoir une première idée sur le paquet minimum de services offert aux détenus et de l'organisation de la prise en charge des IST, du VIH, de la syphilis et de l'hépatite virale en milieu carcéral ;
- Sensibiliser les responsables de l'administration pénitentiaire sur les conditions de mise en œuvre de l'enquête notamment le respect de la confidentialité lors des interviews ;
- Sensibiliser les responsables de l'administration pénitentiaire sur la protection des détenus participants à l'enquête (non divulgation du statut sérologique, prise en charge des détenus dépistés positifs VIH, syphilis, hépatite B conformément à l'éthique médicale et au droit à la santé) et des enquêteurs contre la violence ;
- Etablir une base de sondage (liste des prisonniers ordonnée par ordre alphabétique) en collaboration avec les responsables de l'administration pénitentiaire ;
- Avoir une entente sur les jours et heures d'interviews ainsi que des lieux d'interviews et de dépistage ;
- Déterminer un profil d'équipe qui soit le plus pertinent possible compte tenu de la population ciblée ;
- Tenir compte des risques sécuritaires, et trouver une entente avec l'administration pénitentiaire.

Afin d'atteindre les objectifs visés et d'assurer une bonne appropriation des responsables sanitaires, lors des réunions initiales, les Directeurs Régionaux et Départementaux de la santé ont été informés du déroulement de l'enquête ; aussi ils ont été impliqués dans l'identification des sites d'interviews.

3.2. TYPE, CADRE ET PERIODE D'ENQUETE

IL s'agit d'une enquête épidémiologique transversale de type descriptive à visée analytique et programmatique. Les données quantitatives comportementales et biologiques auprès des PS et HSH ont été collectées par une entrevue individuelle directe auprès des unités statistiques associée à un prélèvement veineux sanguin des participants à l'étude en vue de déterminer la prévalence du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B. L'échantillon des répondants PS et HSH a été constitué à partir de la méthodologie de l'échantillonnage dirigé par les répondants (respondent-driven

sampling ou RDS) et celles auprès des détenus à partir d'un échantillonnage aléatoire simple. Les données qualitatives complémentaires ont été collectées par la technique de l'Entretien (Individuel Approfondi (EIA), Individuel Directif (ID) et de Group Dirigé (FGD).

Cette enquête à un caractère national et a couvert trois villes pour les PS et HSH (Nouakchott, Nouadhibou et Rosso) et quatre villes pour les détenus (Nouakchott, Nouadhibou, Aleg et Nbeyka). Le choix des sites a pris en compte la situation épidémiologique et la vulnérabilité spécifique de chaque région du pays (prévalence du VIH, taille des populations clés et nombre de sites de socialisation).

Dans les sept régions concernées, dix sites (3 sites PS, 3 sites HSH et 4 sites détenus) garantissant la confidentialité, la discrétion et la sécurité des participants à l'enquête ont été identifiés pour abriter l'enquête. Chaque site a servi à la fois à la collecte de données comportementales et sérologiques.

La collecte de données auprès des PS et HSH s'est tenue entre le 23 juillet et le 7 septembre 2024 (soit un minimum de 38 jours pour certains sites). S'agissant des détenus, la collecte des données a duré en moyenne cinq jours (soit 5 jours pour les établissements pénitentiaires de Dar Naim, et Nouadhibou ; et deux jours pour Aleg et Nbeyka).

3.3. GROUPE CIBLE DE L'IBBS

Cette enquête s'intéresse à trois groupes de populations qui ont été choisis sur la base du risque exprimé par la prévalence largement supérieure à celle de la population générale et/ou les comportements quotidiens sociaux et/ou professionnels. Il s'agit de i) les HSH, ii) les PS et iii) les détenus. Les HSH et les PS sont les populations qui concentrent la plus importante prévalence du VIH en Mauritanie.

3.3.1. Définition des groupes cibles

La définition des groupes cibles fait référence dans le cadre de cette enquête aux définitions adoptées par le pays en ce qui concerne les populations clés.

- i. Les **Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes** (HSH) : selon le cadre de définition de l'ONUSIDA (guide de terminologie 2014), cette expression (HSH) décrit « des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, indépendamment de leurs rapports sexuels éventuels avec des femmes ou de leur identité bisexuelle ou gay sur le plan personnel ou social. C'est un concept utile car il permet d'inclure des hommes qui s'identifient comme hétérosexuels tout en ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ».

Les études réalisées dans de nombreux pays de la région sont en faveur de la vulnérabilité particulière des jeunes des populations clés, notamment les HSH (la sexualité est de plus en plus précoce avec un multi partenariat sexuel non protégé, la connaissance approfondie de la transmission du VIH est encore

limitée). L'IBBS 2019 réalisée en Mauritanie révèle que la majorité des HSH ont eu leurs premiers rapports sexuels lorsqu'ils avaient entre 15 et 19 ans. Bien que protégés par la loi, les jeunes HSH âgés d'au moins 15 ans ont été interviewés dans le cadre de cette enquête.

- ii. **Les Professionnel(le)s du Sexe (PS)** : Le VIH et le commerce du sexe—Note d'orientation de l'ONUSIDA : cette expression (PS) décrit « les adultes et les jeunes de sexe féminin ou masculin, et transsexuel(le)s, qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, soit régulièrement, soit occasionnellement... ». Cette définition inclut ceux qui se livrent sporadiquement à des activités sexuelles en échange de cadeaux. Elle n'inclut pas les jeunes de moins de 18 ans.

Les études réalisées dans de nombreux pays de la région sont en faveur de la vulnérabilité particulière des jeunes PS (la sexualité est de plus en plus précoce avec un multi partenariat sexuel non protégé, la connaissance approfondie de la transmission du VIH est encore limitée). Compte tenu de la vulnérabilité particulière des jeunes filles victimes d'exploitation sexuelle, et du contexte de rajeunissement de la pratique du commerce du sexe en Mauritanie, cette enquête inclura des jeunes filles âgées d'au moins 15 ans.

- iii. **Les détenus** : C'est l'ensemble des personnes incarcérées pour un ou plusieurs délits (toute personne âgée d'au moins 15 ans incarcérée dans un établissement pénitentiaire pour une raison ou une autre), depuis au moins 6 mois et ayant bénéficié d'un jugement (Indicateurs ONUSIDA, décembre 2016).

A l'instar de nombreux pays de la région, une forte proportion de détenus font l'objet d'une détention prolongée (1-4ans) sans bénéficier d'un jugement en Mauritanie.

L'étude de séroprévalence de 2014 a inclus 488 détenus (prison des hommes de Dar-Naïm et prison des femmes de Sebkha, situées toutes deux à Nouakchott) et estimé la prévalence du VIH à 2,88%. Selon les données chiffrées extraites de la situation de l'administration pénitentiaire à la date du 27 septembre 2022, la Mauritanie comptait une population carcérale de 2916 détenus. La population des détenus en Mauritanie est majoritairement masculine (98,5%). Bien que protégés par la loi, les détenus âgés d'au moins 15 ans ont été interviewés dans le cadre de cette enquête. Aussi cette enquête s'intéresse aux hommes âgés d'au moins 15 ans, incarcérés depuis au moins 6 mois et ayant bénéficié ou non d'un jugement.

3.3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion des enquêtés se présentent comme suit :

3.3.2.1. Inclusion

❖ HSH

- être un homme biologique qui déclare avoir eu au moins une fois un rapport sexuel anal (réceptif ou insertif) au cours des 6 derniers mois ; et
- avoir au moins 15 ans ; et
- résider habituellement dans la ville d'enquête avec une durée de séjour de plus de 6 mois au moment de l'enquête ; et
- consentir volontairement à participer à l'enquête et ;
- avoir un coupon de référence valable sauf pour les "graines" c'est-à-dire les premiers enquêtés des chaînes de recrutement.

❖ PS

- être une femme biologique dont la principale source de revenu est l'échange de rapports sexuels contre l'argent au cours des 6 derniers mois et ;
- avoir au moins 15 ans d'âge et ;
- résider habituellement dans la ville d'enquête avec une durée de séjour de plus de 6 mois au moment de l'enquête ; et
- consentir volontairement à participer à l'enquête et ;
- avoir un coupon de référence valide à l'exception des « graines » c'est-à-dire les premiers enquêtés des chaînes de recrutement».

❖ Détenus

- être un homme incarcéré depuis au moins 6 mois pour un ou plusieurs délits ; et
- avoir au moins 15 ans; et
- consentir volontairement à participer à l'enquête ; et
- avoir bénéficié ou non d'un jugement.

3.3.2.2. Exclusion

❖ HSH

- avoir moins de 15 ans ; ou
- avoir une durée de résidence dans la ville d'enquête datant de moins de 6 mois pendant la durée de l'enquête ; ou
- ne pas consentir volontairement à participer à l'enquête ; ou
- ne pas avoir un coupon de référence valide ; ou
- être dans un état qui ne permet pas de donner un consentement éclairé à la participation à l'étude (sous influence de drogues ou d'alcool, état de maladie mentale, ou pour toute autre cause); ou
- incapacité à prouver son appartenance à la population cible de l'étude après passage du test d'inclusion ; ou

- ❖ **PS**
 - avoir déjà participé à l'enquête.
 - avoir moins de 15 ans ; ou
 - avoir une durée de résidence dans la ville d'enquête datant de moins de 6 mois pendant la durée de l'enquête ; ou
 - ne pas consentir volontairement à participer à l'enquête ; ou
 - ne pas avoir un coupon de référence valide ; ou
 - être dans un état qui ne permet pas de donner un consentement éclairé à la participation à l'étude (sous influence de drogues ou d'alcool, état de maladie mentale, ou pour toute autre cause) ; ou
 - incapacité à prouver son appartenance à la population cible de l'étude après passage du test d'inclusion ; ou
 - avoir déjà participé à l'enquête.

- ❖ **Détenus**
 - avoir moins de 15 ans ; ou
 - ne pas consentir volontairement à participer à l'enquête ; ou
 - être dans un état qui ne permet pas de donner un consentement éclairé à la participation à l'étude (sous influence de drogues ou d'alcool, état de maladie mentale, ou pour toute autre cause); ou
 - être dans un mauvais état physique (malade alité) ; ou
 - avoir des antécédents de violence qui, de l'avis du personnel pénitentiaire, représentent un risque trop grand de préjudice pour elles-mêmes ou pour les enquêteurs ; ou
 - avoir déjà participé à la présente enquête pendant la période de collecte de données.

En sus des critères d'éligibilité énumérés, des mesures additionnelles ont été prises pour minimiser les biais de sélection.

Chez les HSH, en plus des critères d'éligibilité les participants douteux ont été soumis aux expressions de langages propres à la cible et à certains gestuels.

Les PS également ont bénéficié d'une vérification d'éligibilité informelle.

Un représentant des populations clés PS et HSH (volontaire/bénévole) a été inclus dans le personnel de collecte sur chaque site d'enquête et était chargé de vérifier en première ligne l'éligibilité des participants au travers d'un bref entretien.

Par ailleurs les groupes cibles secondaires de cette enquête ont concerné essentiellement les informateurs clés. Il s'agit d'acteurs qui disposent d'une bonne connaissance des groupes ou réseaux de PS et HSH qui existent dans leur localité avec une connaissance des différentes pratiques à risque développées par ces derniers. Ces informateurs clés sont également des acteurs qui participent

actuellement dans le pays à l'offre de services en direction des PS, HSH et détenus. Ces acteurs sont sans être exhaustifs : les responsables des réseaux et associations identitaires ; les responsables de la plateforme des organisations de la société civile menant des interventions en direction des PS, HSH et détenus ; les responsables des services adaptés et infirmerie de prison ; les principaux bénéficiaires du Fonds mondial (réponse santé et communautaire) ; les partenaires techniques et financiers. Le choix des informateurs clés s'est fait de manière raisonnée.

3.4. ECHANTILLONNAGE

3.4.1. Méthode et technique d'échantillonnage par type de population

Cette enquête a utilisé la méthode de l'échantillonnage dirigé par les répondants (*Respondent-Driven Sampling* : RDS) pour recruter les PS et HSH. Le RDS est largement reconnu comme une méthode efficace de sélection pour les études de surveillance comportementale et biologique par rapport au VIH parmi les groupes à haut risque dans le monde¹.

Pour ce qui concerne les détenus, un échantillonnage systématique a été constitué à partir de la population carcérale masculine² éligible dans les quatre (4) principales prisons du pays (Dar Naim, Nouadhibou, Aleg et Nbeyka) ciblées.

3.4.2. Stratégie d'échantillonnage : approche RDS

Les populations clés PS et HSH constituent dans la plupart des pays africains des populations fortement stigmatisées et organisées en réseaux ; ce qui les rend difficiles d'accès à travers les méthodes conventionnelles de collecte de données. En réponse à cette situation, une méthode spécifique d'échantillonnage a été développée pour se rapprocher des méthodes d'échantillonnage probabiliste à travers un processus de

¹ 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; Malekinejad M, Johnston LG, Kendall C, Kerr L, Rifkin M, Rutherford G: Using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings: a systematic review. *AIDS and Behavior*, 2008, 12(suppl 1), 105-130.

² Lorsque les hommes et les femmes sont combinés en un seul échantillon (cas des détenus), cela limite la possibilité d'obtenir des informations fiables sur les différences entre les sexes. Pour cela nous avons opté uniquement pour le sexe masculin en ce qui concerne les détenus (98,5% de l'ensemble des détenus en 2022). Ce qui est conforme aux dernières recommandations internationales de l'OMS, l'ONUSIDA, CDC et FHI 360 concernant les enquêtes bio-comportementales.

référence des pairs pour ces populations difficiles d'accès. Compte tenu du caractère sensible des cibles et de la nécessité d'obtenir un échantillon représentatif des populations d'étude, il a été utilisé comme méthode d'échantillonnage, l'approche dite "Respondent-Driven Sampling" (RDS³) encore appelée échantillonnage déterminé par les répondants.

Cette approche se prête particulièrement bien au recrutement de populations cachées et très difficiles d'accès. Cependant, le RDS se distingue du mode de recrutement de type « boule de neige » usuel par certaines caractéristiques permettant d'obtenir un échantillonnage probabiliste représentatif des réseaux des populations cibles de l'étude, à condition que les hypothèses soient respectées. Cette méthode consiste à choisir premièrement par les chercheurs, principalement pour leur capacité à recruter et à mobiliser les personnes de leurs réseaux, pour participer à l'étude, les tous premiers participants à l'étude appelés « Graines » comme point de départ de la chaîne de recrutement. Ces premiers enquêtés après leur interview iront recruter d'autres personnes à enquêter. Cette première série d'enquêtés recrutés par les premiers participants à l'enquête constitue ce qu'on appelle la première vague. Cette première vague recrutera à son tour d'autres personnes qui vont constituer la deuxième vague de participants. Cette deuxième vague sera chargée de recruter la prochaine vague jusqu'à ce que la taille voulue de l'échantillon soit atteinte.

Chaque recruteur⁴ dispose jusqu'à trois (03) coupons à utiliser pour recruter leurs pairs. Les coupons doivent être gérés pour enregistrer qui recrute qui. Des coupons ont été remis aux enquêtés après chaque interview. Ces coupons ont servi à mieux suivre les enquêtés à titre de leur participation et de leur recrutement effectif par leur pair à être interviewé à leur tour. Ces coupons ont été numérotés de manière séquentielle. Les chiffres qui sont apparus aux côtés des premiers (points de départ) constituent ceux des recrues des vagues successives de la chaîne de recrutement.

Après l'interview, chaque enquêté a reçu des coupons dits « coupons de référence ». Ces coupons ont été utilisés par une PS ou un HSH qui a été déjà interviewé (e) et qui réfère certain (e) s de ses pair(e)s pour participer à l'enquête à leur tour. La recrue a gardé ce coupon et l'a présenté avant sa participation à l'enquête.

3 La méthode RDS repose sur la reconnaissance du fait que les paires sont mieux en mesure que l'équipe de consultants d'identifier et recruter des paires dont on sait qu'ils appartiennent à une population difficile à joindre.

4 Il convient de noter que les personnes qui vont participer au recrutement, en plus d'être éligibles auront une bonne connaissance des groupes ou réseaux de PS, HSH et sont très souvent des leaders dans leur communauté.

Les numéros de référence et les coupons ne permettent pas de décliner l'identité des répondants. Les interviews ont eu lieu dans des sites spécifiques retenus pour l'étude. Ces lieux ont été retenus de manière participative avec la cible afin de garantir la confidentialité et la sécurité des répondants.

Il est important de souligner que les premiers enquêtés dénommés recruteurs ou "Graines" ou "graines" doivent recruter des personnes diverses de façon à ce que l'échantillon final soit une photographie représentative des sous-types des réseaux des cibles. A cet effet, il est recommandé d'identifier les goulots d'étranglement potentiels et de créer ensuite une grille de recrutement. Chaque graine devra quitter le site d'entrevue en sachant qui elle va recruter et chacune de ses recrues sera diversifiée.

Un deuxième coupon sert de coupon de remboursement de frais de déplacement. Il est aussi appelé coupon-reçu ou simplement le reçu. Il est gardé par le recruteur qui l'utilise pour réclamer son remboursement de ses frais de déplacement pendant le recrutement de son pair à participer à l'enquête.

Le format du numéro d'identification du coupon a utilisé un codage alpha-numérique dont la longueur dépendant de la longueur de la chaîne de recrutement. La partie alphabétique s'identifie aux villes concernées par l'étude. A titre d'exemple pour la ville de Nouakchott la numérotation des coupons s'est faite comme suit : **NKYZZZ...** où « **NK** » désigne la ville de Nouakchott et le « **Y** » désigne la chaîne de « graines » de référence à travers laquelle le participant a été recruté (1, 2); "**ZZZ...**" est un numéro d'ordre séquentiel pour chaque graine. Notons que dans le cadre de cette enquête, le principe d'une graine pour 150 recrues a été utilisé par ville ciblée.

Tous les coupons ont été imprimés avant le début de l'enquête. Les deux types de coupon ont le même numéro de référence de la recrue.

L'analyse des données utilisant l'approche RDS s'appuie sur chaque participant, fournissant la taille de son réseau social et assurant une surveillance active pour savoir qui a recruté qui, en utilisant les données des coupons à codage unique.

Une fois mise en œuvre et analysée correctement, l'approche RDS réduit les erreurs souvent liées à des méthodes d'échantillonnage de référence des chaînes, donnant des résultats, représentatifs du réseau d'où l'échantillon a été pris.

3.4.3. Procédure de sélection des détenus

Tous les détenus de sexe masculin à interviewer dans le cadre de cette étude ont été sélectionnés dans quatre prisons civiles. Après obtention de la lettre d'autorisation d'accès aux dites prisons, l'équipe de collecte s'est rendue dans chaque prison civile. Les responsables de la Direction des affaires pénales et de l'administration pénitentiaire (DAPAP) ont reçu préalablement toutes les informations sur l'enquête, les critères d'éligibilité des participants et la stratégie d'échantillonnage. Une liste des détenus de sexe masculin remplissant les critères d'éligibilité et ne prenant pas en compte l'ancienneté a été établie par l'administration pénitentiaire. Pour la sélection des unités statistiques, un pas de sondage a été déterminé en divisant la population carcérale éligible de chaque prison par la taille de l'échantillon. Le numéro du premier détenu à inclure dans l'échantillon a été tiré au sort parmi ceux allant de 1 au pas de

sondage. Les autres détenus à inclure dans l'échantillon étaient issus de la liste des détenus éligibles de l'établissement en ajoutant le pas de sondage au numéro précédent. Par ailleurs l'équipe de recherche a procédé à un sur échantillonnage dès le départ afin d'avoir des unités déjà sélectionnées pour remplacer les refus.

3.4.4. Taille de l'échantillon et procédure de sélection des détenus

3.4.4.1. Taille de l'échantillon PS, HSH et détenus

Le calcul de la taille d'échantillon requise par cible et site d'enquête pour la présente enquête est basé essentiellement sur l'indicateur principal de l'étude à savoir la prévalence du VIH au sein des groupes cibles. L'estimation a été faite à partir de la formule et des hypothèses suivantes :

$$n = D \frac{Z_{\alpha}^2 p(1-p)}{e^2}$$

Où :

- n = taille de l'échantillon
- Z_{α} = valeur de l'écart réduit pour un risque alpha de 5 % ($Z_{\alpha} = 1,96$)
- **P = prévalence initiale du VIH** (en considérant l'enquête IBBS 2019 elle est de 10,3% à Nouakchott, 2,9% à Nouadhibou, et 1,1% à Rosso chez les PS ; 24,9% à Nouakchott, 4,7% à Nouadhibou et 3,7% à Rosso chez les HSH ; et 2,9% chez les détenus).
- q = complémentaire de p = 1-p
- e= précision désirée pour les résultats entre 2,6% et 10%.
- D = effet grappe = 4
- NR = non réponse (NR) égal à 0% du fait que dans les études utilisant un échantillonnage RDS les individus viennent pour participer et ne refusent pas.

Tableau 1: Répartition de la taille de l'échantillon requis par groupe cible et par région

PS	Prévalence IBBS 2019	k	Z	e (%)	Non réponse	N	N ajusté
Nouakchott	10,3	4	1,96	7,5	0%	252	250
Nouadhibou	2,9	4	1,96	4,2	0%	245	250***
Rosso	1,1	4	1,96	2,6	0%	247	250***
HSH	Prévalence IBBS 2019	k	Z	e (%)	Non réponse	N	N ajusté
Nouakchott	24,9	4	1,96	10	0%	287	250
Nouadhibou	4,7	4	1,96	5,3	0%	243	250***
Rosso	3,7	4	1,96	4,75	0%	245	250***
Population carcérale homme	Prévalence IBBS 2014	k	Z	e (%)	Non réponse	N	N ajusté
Prison Dar Naim	2,9**	2	1,96	3,1	10%	97	100
Prison Nbeyka	2,9	2	1,96	3,5	10%	44	50
Prison Nouadhibou	2,9	2	1,96	5	10%	87	100

Prison d'Aleg	2,9	2	1,96	3,5	10%	44	50
TOTAL							1800

** étant donné que l'enquête IBBS de 2014 a été circonscrite à Nouakchott, nous avons appliqué la même prévalence pour les autres établissements pénitentiaires.

*** au moins 250 enquêtés (PS et HSH) attendus pour chacune des trois villes ciblées. Afin que l'étude permette de différencier les prévalences entre les villes d'étude, nous avons appliqué cette taille à l'effectif minimal de population clé à observer dans chaque ville. Ce qui permettra de présenter les résultats par ville.

La précision désirée pour les résultats (e) répond à un souci d'avoir des échantillons suffisamment grands (au moins 250 par cible et site) et superposables à ceux de l'IBBS 2019 (PS, HSH) et 2014 (détenus).

Pour les détenus, l'enquête de 2014 n'a pas utilisé la définition de l'ONUSIDA. En considérant le critère « de durée d'incarcération d'au moins six mois », et en analysant les effectifs des établissements pénitentiaires disponibles, nous avons revu les tailles de façon à pouvoir avoir un échantillon final éligible d'au moins 300 (100 pour Dar Naim, 50 pour la prison de Nbeyka, 100 pour la prison de Nouadhibou et 50 pour la prison d'Aleg).

En prenant en compte l'effet grappe de 4, le taux de non réponse de 0%, et en ajustant à la cinquantaine supérieure, la taille de l'échantillon ajustée globale est de 1800 (750 pour les HSH, 750 pour les PS, 300 pour les détenus). Cette taille servira tant pour le volet quantitatif de la présente enquête que pour la partie investigation biologique sérologique. Elle permettra d'établir le niveau actuel de la prévalence du VIH, de la syphilis et de l'hépatite virale B avec une précision de 2,6% à 10%. De même, cette taille permet d'estimer tous les autres indicateurs de connaissances et comportements en matière d'IST et de VIH.

3.4.4.2. Taille de l'échantillon qualitatif

Sur chaque site abritant l'enquête quantitative RDS (Nouakchott, Nouadhibou, Rosso) il a été prévu de réaliser par groupe cible un focus group et au plus quatre entretiens individuels directifs (EIA) ; soit au total six (6) focus group (3 pour PS et 3 pour HSH), et au plus trente-deux (32) entretiens individuels approfondis. S'agissant des détenus, il a été prévu de réaliser par prison au plus quatre EIA, soit au plus 16 au total. Pour les trois cibles il a été prévu de réaliser par site au plus quatre entretiens individuels directifs (EID) avec les informateurs clés, soit au plus 28 au total.

3.5. MISE EN ŒUVRE DE LA COMPOSANTE ESTIMATION DE LA TAILLE : APPROCHE D'ESTIMATION DE LA TAILLE RETENUE POUR L'ETUDE.

L'un des indicateurs clés de cette enquête est l'estimation de la taille de la population des PS et HSH dans les villes ciblées par l'étude. La détermination de ce dénominateur répond à un besoin de planification basée sur des évidences. Ainsi, la programmation des activités de la réponse pour la prévention de la transmission du VIH et la prise en charge des cas positifs sera encore plus rationnelle.

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

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

L'objectif spécifique trois (3) fait référence à l'utilisation des méthodes éprouvées scientifiquement **telles que la distribution d'objet unique, une méthode de multiplication ou le RDS.**

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

Dans le cadre de la présente étude, en faisant une analyse objective des données existantes, l'enquête RDS étant une enquête transversale représentative, constitue une excellente opportunité pour l'utilisation de la méthode du multiplicateur des services⁵ dans les villes où les services sont disponibles (IST, dépistage VIH...) ; et en sus l'utilisation de sa variante « objet unique » dans toutes les villes ciblées par l'enquête. Aussi, dans toutes les villes ciblées par l'enquête, l'échantillonnage RDS permettra de faire une estimation rigoureuse de la taille des PS et HSH (méthode d'échantillonnage successif pour l'estimation de la taille de la population (Successive sampling-population size estimation : SS-PSE).

⁵ L'utilisation de la méthode du multiplicateur de services va nécessiter l'appui du PNLS, SENLS pour avoir accès aux données de traitement IST ou de dépistage VIH (registres de dispensation ou base de reporting apurée et validée sur une période de référence au niveau national) dans les services adaptés ou intégrés au profit de la cible dans chacune des trois villes. Il s'agira essentiellement des registres et bases permettant de disposer des données de services désagrégées. Le partenaire de mise en œuvre de l'étude sera responsable du nettoyage des différentes bases de données de services.

1. Méthode du multiplicateur

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

Principe de la méthode

Cette méthode repose sur deux sources de données.

- La première source doit être un décompte ou une liste des données du programme ne comprenant que la population dont on cherche à estimer la taille (par exemple le nombre de professionnels du sexe venus consulter dans un dispensaire de traitement des IST au cours du mois écoulé).
- La deuxième source doit être une enquête représentative menée dans les populations dont on cherche à estimer la taille.

De façon opérationnelle il s'agit tout simplement au cours de l'enquête, de demander aux répondants s'ils ont bénéficié de ce service ; ensuite diviser le nombre de ceux qui en ont bénéficié par la proportion de ceux qui ont rapporté bénéficier du service au cours de l'enquête afin d'estimer la taille de la population. Le questionnaire et les données des services doivent utiliser la même période, par exemple, "entre le 1er décembre et le 30 juin avez-vous fait un test de dépistage du VIH à la clinique X" ? Le service spécifique et le fournisseur de services spécifique doivent être indiqués pour éviter les biais. Le service doit inclure un nombre unique de population clé (c'est-à-dire que si une PS par exemple a utilisé le service plus d'une fois, cette personne ne doit être comptée qu'une seule fois).

Celle-ci peut être exprimée comme suit :

$$S = \frac{\text{Nombre de membres de la population considérée figurant dans les fiches du registre des IST}}{\text{Pourcentage de la population déclarée comme étant enregistrée}}$$

Par exemple :

Si l'on sait que le nombre de professionnels du sexe (PS) ayant recherché des soins dans un dispensaire des IST en 2005 est de 1000 d'après le registre du dispensaire.

Si près de 10% des professionnels du sexe ont consulté dans un dispensaire des IST en 2005 (d'après une enquête sur les professionnels du sexe).

Alors, on peut multiplier par 10 (ou diviser par 10%) le chiffre des recherches de soins pour des IST afin d'obtenir une estimation de la taille de la population de professionnels du sexe (PS).

De la même façon, si l'on a une liste des clients des dispensaires des IST parmi lesquels seule une certaine proportion sont des professionnels du sexe, on peut utiliser

$$S = P1/P2 \times M$$

la formule suivante :

Où :

- S = nombre total estimé de professionnels du sexe
- P1 = proportion de professionnels du sexe figurant sur une liste des clients d'un dispensaire des IST
- P2 = proportion de professionnels du sexe venus consulter dans un dispensaire des IST figurant dans une enquête transversale sur les professionnels du sexe
- M = nombre de personnes figurant sur la liste des clients du dispensaire des IST.

La méthode du multiplicateur est une méthode directe si des sources de données sont disponibles. C'est également une méthode souple et utile dans de nombreuses situations.

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

Il est recommandé d'avoir recours au multiplicateur « **objet unique** » lorsqu'il n'existe aucun service pour la population considérée. A cet effet l'équipe contrôle :

- le nombre d'objets donnés à la population cible (**au moins la moitié de la taille estimée de la population ou deux à trois fois la taille de l'échantillon requis**),
- la couverture en matière de distribution (l'ensemble de la ville),
- le type d'objet donné,
- les personnes recevant cet objet (éviter la distribution préférentielle aux clients de pairs éducateurs et uniquement aux membres de la population considérée),
- le moment auquel l'objet est donné (au cours de la période d'enquête).

De manière opérationnelle lors de l'enquête, le questionnaire comportait une série de questions permettant de savoir combien de répondants ont reçu les " cartes de visite " distribués et d'appliquer la formule donnée plus haut pour estimer la taille de la population.

Ainsi, une à deux semaines avant le début de la collecte des données quantitatives, un objet unique choisi de façon consensuelle avec les associations identitaires " cartes de visite à double face avec des spécificités par cible " ont été distribués sur les lieux de socialisation et de fréquentation des PS et HSH par les leaders et pairs éducateurs issus des associations identitaires.

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

$$N = n/p$$

La méthode de l'objet unique présente l'avantage potentiel d'être plus facile à contrôler par l'équipe de l'enquête de sorte que certains biais sont ainsi évités.

2. Estimation de la taille des populations clés basée sur la méthode RDS : méthode d'échantillonnage successif pour l'estimation de la taille de la population (Successive sampling-population size estimation : SS-PSE)

Cette méthode utilise les données de taille du réseau social de chacun des participants recueillis au cours des études RDS pour quantifier la taille des populations en supposant que la distribution de la taille du réseau des vagues successives reflète un appauvrissement de la population. Les estimations utilisent un cadre bayésien (c'est-à-dire, quantifie l'incertitude sur les quantités inconnues en les rapportant à des quantités connues) incorporant des informations sur un “inconnu” ou la connaissance préalable de la taille de la population échantillonnée. Le cadre bayésien permet également le calcul des intervalles de probabilité.

Dans l'ensemble, au moins deux méthodes d'estimation de la taille seront utilisées et ce en fonction des données de qualité disponibles.

En sus de la méthode du multiplicateur dans ses deux variantes, la méthode d'échantillonnage successif (Successive sampling-population size estimation : SS-PSE) sera utilisée pour trianguler ; ce qui permettra d'obtenir des estimations avec des intervalles de confiance limites plausible tel que recommander par l'OMS, l'ONUSIDA, le Fonds mondial, l'USAID, PEPFAR et au regard des évidences scientifiques actuelles.

3.6. MISE EN ŒUVRE DE LA COMPOSANTE QUALITATIVE

Il s'agit ici de la dimension qualitative de l'étude. Cette dimension est complémentaire du volet quantitatif. L'entretien qu'il soit individuel ou de groupe/focus group est la technique utilisée pour la collecte des données relatives à la composante qualitative.

Les données collectées à partir de cette technique ont permis d'approfondir les analyses faites à partir des indicateurs quantitatifs.

Tout participant à l'étude qualitative avait l'obligation de consentir individuellement à prendre part à l'étude et par conséquent une procédure de consentement a été administrée.

Pour le recueil de données, les enquêteurs disposaient de blocs notes. Toutefois afin de ne pas perdre les informations et d'avoir la possibilité d'écouter plusieurs fois pour rester fidèle dans la transcription, les entretiens ont été enregistrés à l'aide des dictaphones, tablettes ou téléphones androïdes disposant de fonctionnalités d'enregistrement. Les enregistrements vocaux ont été faits sous consentement (l'autorisation d'enregistrement).

Les **entretiens individuels directifs** (EID) ont concerné les informateurs clés alors que les entretiens individuels approfondis (EIA) et les focus group dirigés (FGD) concernaient uniquement les cas pertinents parmi les répondants aux questionnaires quantitatifs qui méritent un approfondissement.

✓ **Réalisation des entretiens individuels directifs**

Dans la mise en œuvre des opérations de collecte, l'identification des informateurs clés et la réalisation des entretiens auprès de ceux-ci a constitué la première étape. Il a été donc identifié dans chaque ville des informateurs clés. Il s'agit d'acteurs qui disposent d'une bonne connaissance des groupes ou réseaux de PS et HSH qui existent dans leur localité avec une connaissance des différentes pratiques à risque développées par ces derniers. Ces informateurs clés sont également des acteurs qui participent actuellement dans le pays à l'offre de services en direction des PS et HSH. Ces acteurs sont sans être exhaustifs : les responsables des réseaux et associations identitaires ; les responsables de la plateforme des organisations de la société civile menant des interventions en direction des PS et HSH ; les responsables des services adaptés ou intégrés; les principaux bénéficiaires du Fonds mondial ; les partenaires techniques et financiers etc.

Le but des entretiens avec les informateurs clés est d'obtenir de ces derniers des informations sur leurs opinions, leurs connaissances et expériences avec les PS, HSH et détenus, informations qui permettront également de mieux orienter les interventions à leurs égards.

Il a été constitué par ville une liste des informateurs clés auprès de qui des données ont été collectées à partir d'un guide d'entretien individuel directif.

Les entretiens ont été réalisés par des enquêteurs sociologues préalablement formés ou mis à niveau. Les rendez-vous ont été préalablement pris et le lieu d'entretien défini.

Les entretiens avec ces acteurs ont porté sur des thèmes tels que :

- Principaux problèmes liés à l'accès aux services de dépistage du VIH, aux soins, traitement (VIH et IST) et services juridiques actuellement rencontrés par les PS, HSH et détenus ;
- Paquet minimum de services offerts aux PS, HSH et détenus (y compris la PrEP et PPE pour les PS et HSH) ;
- Besoins non pris en compte dans le modèle actuel d'intervention actuel ;
- Principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du projet pilote PrEP ;

- Meilleures stratégies d'amélioration de la prévention et de la prise en charge du VIH/sida chez les PS, HSH et détenus.

✓ **Réalisation des entretiens individuels approfondis**

Les EIA ont concerné uniquement les cas pertinents parmi les répondants aux questionnaires quantitatifs et qui méritent un approfondissement. Il a été proposé un EIA à tous les participants ayant répondu d'une certaine manière aux indicateurs sélectionnés. Les questions qui ont servi de critères d'éligibilité à la participation à un EIA sont les suivantes :

- Pourquoi ne se fait-on pas tester pour le VIH ?
- Pourquoi on ne demande pas son statut à son partenaire sexuel ?
- Est-ce que l'on peut parler du VIH avec un partenaire sexuel ?
- Est-ce que l'on parle des IST avec des partenaires sexuels, ou des amis PS, HSH et détenus ?
- Est-ce que l'on a déjà connu une expérience d'exclusion à cause de son statut de PS ou HSH?
- Pourquoi on ne recourt pas aux services de dépistage et traitement du VIH et des IST lorsqu'on en a besoin ?
- Pourquoi il est difficile d'établir des relations amicales de confiance avec des pairs PS ou HSH ?

Les EIA ont eu lieu en même temps que l'étude quantitative. Les personnes sélectionnées ont été orientées vers les enquêteurs sociologues selon leur disponibilité. Avant l'entretien leur consentement a été requis une nouvelle fois.

Les entretiens ont été réalisés de préférence sur les sites d'enquête quantitatif par des enquêteurs sociologues préalablement formés ou mis à niveau.

Les entretiens avec les participants éligibles ont porté sur des thèmes tels que :

- Principaux problèmes actuellement rencontrés par les PS, HSH et détenus ;
- Perception sociale et culturelle des rapports sexuels entre hommes et du commerce du sexe ;
- Relations des PS et HSH avec leur environnement : rapports
 - o avec leur environnement familial et communautaire,
 - o avec les règles matrimoniales (discrimination, exclusion, stigmatisation, etc.),
 - o avec la loi et les politiques.
- Sexualité et vie affective ;
- Accès aux services de prévention, dépistage, aux soins et traitement pour les PS, HSH et détenus, (paquet minimum de services disponibles) ;
- Non utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels avec les partenaires sexuelles occasionnelles ;

- Non soumission ou refus du test de dépistage (personnes jamais testées) ;
- Evitement ou refus de recourir aux services de dépistage, soins et traitement du VIH même lorsqu'elle en a besoin ;
- Non utilisation d'autres méthodes additionnelles de prévention en plus du préservatif notamment la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et post-exposition (PPE) ;
- Appréciation des interventions mises en œuvre à leur endroit ;
- Meilleures stratégies d'amélioration de la prévention et de la prise en charge du VIH/sida chez les PS, HSH et détenus;
- Proposition des interventions réalisables et à haut impact sur leur santé.

✓ **Réalisation des focus group**

Les FGD définissent les normes sociales. Ce qui est communément accepté comme une vérité par le groupe. Toutefois, en réalité ils peuvent aussi tous se comporter différemment de la norme qu'ils expriment. Ils permettent de comprendre, d'analyser et de déterminer le fondement des pratiques et opinions exprimées par les participants.

La réalisation des focus group a permis d'explorer les raisons avancées pour justifier certains comportements. Ils ont permis également d'évaluer les besoins des PS et HSH en matière d'accès aux services de prévention, de soins et traitement, de SSR et de VBG.

Les participants ayant répondu d'une certaine manière aux indicateurs sélectionnés ont reçu une proposition de participer au FGD. Les questions qui ont servi de critères d'éligibilité à la participation au focus group sont les mêmes que celles formulées pour l'éligibilité à l'EIA.

Les discussions de group avec les PS et HSH éligibles ont porté sur des thèmes tels que :

- la non soumission au test de dépistage du VIH ;
- la non connaissance du statut sérologique de son partenaire régulier ;
- l'absence de communication sur le VIH et les IST entre partenaires ou amies ;
- l'exclusion;
- la facilité d'avoir des amies dignes de confiance ;
- etc.

Ainsi tout enquêté qui a participé à l'administration du questionnaire et qui se retrouverait dans l'un ou l'autre de ces cas était d'office éligible au focus group. L'enquêteur a négocié ensuite avec lui sa participation à la discussion de groupe au jour et heure convenus.

Les PS et HSH participants au FGD ont été regroupés par petits groupes de 8 au maximum, et ce, dans le but de susciter une discussion ouverte à partir d'un guide de discussion de groupe préalablement élaboré.

En ce qui concerne le cadre de déroulement des discussions, l'équipe de recherche a veillé à ce que les participants puissent être réunies dans un lieu neutre, c'est-à-dire favorisant l'expression la plus libre possible, sans contraintes ni craintes. Il a été adopté une disposition en cercle des participants pour favoriser les échanges sur une base égalitaire. Ces deux éléments précédemment cités font donc de l'environnement des discussions une composante importante dans la planification et l'organisation des discussions.

Au total il a été réalisé :

- 22 EID dont 6 à Nouakchott (2 par cible), 9 à Nouadhibou (3 par cible) et 6 à Rosso (3 pour les PS et 3 pour les HSH) ;
- 25 EIA dont 10 à Nouakchott (2 pour les PS, 4 pour les HSH et 4 pour les détenus), 12 à Nouadhibou (4 par cible) et 3 à Rosso (0 pour les PS et 3 pour les HSH) ;
- 6 FGD dont 2 à Nouakchott (1 pour les HSH, 1 pour les détenus et 0 pour les PS), 3 à Nouadhibou (1 par cible) et 1 à Rosso (0 pour les PS et 1 pour les HSH).

Le contexte de la Mauritanie ne permet pas que les PS nées et vivant dans la même ville s'affichent (cas de Rosso qui est une petite ville où presque tous les résidents se connaissent, raison pour laquelle aucune PS n'a accepté l'EIA du fait que le personnel de collecte est de la même ville).

3.7. COLLECTE DES DONNEES ET PROCEDURES OPERATIONNELLES

3.7.1. Formation du personnel de collecte et pré-test des outils

En prélude au démarrage effectif de la collecte des données, une (1) session unique de formation du personnel de collecte de données a été organisée du 9 au 13 juillet 2024 à Nouakchott (Siège SOS Pair Educateur et salle de conférence du SENLS). Elle a réuni la coordination du SENLS, les membres du Comité de pilotage (CoPil) de l'enquête, les membres du consortium des OSC menant des interventions en direction des PS et HSH, les superviseurs régionaux, le personnel de collecte de données et les consultants.

L'objectif général de cette formation était de doter le personnel de collecte des connaissances et des savoirs faire nécessaires pouvant leur permettre de bien faire leur travail sur le terrain.

La formation du personnel de collecte pour la composante bio comportemental quantitative RDS a réuni 30 personnels de collecte de données dont six (6) réceptionnistes-screener-gestionnaires de coupons, six (6) enquêteurs, six (6) techniciens de laboratoire, six (6) représentants du groupe cible et six (6) superviseurs locaux du site.

Le premier jour de la formation a été un tronc commun consacré à trois (3) présentations et à l'examen approfondi de certains outils clés de l'enquête notamment la note d'information, le formulaire de consentement éclairé, et le formulaire d'éligibilité. La première présentation a porté sur la synthèse du protocole (objectifs, méthodologie, rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe de terrain, considérations éthiques, chronogramme de mise en œuvre...). Les deux dernières présentations étaient intitulées respectivement « Comment travailler avec les populations clés ? » et « éthique de la recherche en santé ». Elles se justifiaient au regard de la sensibilité des cibles et du contexte socioculturel et juridique dans lequel évoluent les PS et HSH dans les villes ciblées par l'enquête. Chaque présentation était suivie d'un débat participatif fait de questions-réponses au cours duquel des clarifications supplémentaires ont été apportées aux participants.

S'agissant de l'examen approfondi de certains outils clés de l'étude, on peut noter que pour chaque outil, des simulations en langues (exercices pratiques et jeux de rôles) ont été faites. Par ailleurs, afin de limiter les biais d'inclusion, des discussions formatives complémentaires au formulaire d'éligibilité ont porté sur les "preuves d'appartenance au groupe cible".

Au cours de la deuxième journée, le personnel de l'enquête quantitative RDS a été divisé en trois groupes pour la suite des travaux. Il s'agissait du groupe des enquêteurs quantitatifs RDS ; du groupe des réceptionnistes-gestionnaires de coupons, des superviseurs et des représentants PS et HSH ; et du groupe des techniciens de laboratoire. Signalons que dans toutes les salles de formation, les travaux se sont poursuivis conformément à l'agenda et animés par les consultants spécialistes. La formation du personnel de la cible détenus a également débuté au deuxième jour. Ce personnel comptait douze (12) personnes au total constituées en quatre équipes de trois personnes (deux enquêteurs et un biologiste par prison).

Dans la salle consacrée aux enquêteurs PS, HSH et détenus, les travaux ont porté sur l'appropriation et l'examen approfondi du questionnaire ; la présentation de la plateforme Survey Solutions, de l'application Interviewer et la prise en main des tablettes ; le passage en revue des questionnaires sur tablette, les consignes pour le remplissage du questionnaire sur tablette ; la sauvegarde et le transfert des données ; et l'assurance qualité des données collectées.

Dans la salle consacrée aux réceptionnistes-gestionnaires de coupons, représentants (PS et HSH) et superviseurs (locaux et régionaux), le personnel de collecte a été formé sur l'accueil, la gestion des rendez-vous, la gestion du flux de participants, la procédure de recrutement des participants, l'assignation des identifiants (Code Unique du Participant/CUP et numéro du coupon), la vérification physique et électronique des coupons (RDS Coupon manager/RDSCM), la distribution et le suivi des coupons (suivi des chaînes de recrutements et établissement du lien entre le numéro des coupons de référence et le CUP des participants, le remplissage de la liste de contrôle et du registre des listes de contrôle, le paiement des compensations (remboursement des frais de déplacement des participants), le remplissage des outils de suivi de l'étude notamment le registre de suivi journalier/hebdomadaire et des incidents, etc.).

Pour ce qui est des techniciens de laboratoire PS, HSH et détenus, les travaux ont porté sur les procédures de réalisation des tests de dépistage (VIH, syphilis, hépatite B), le conseil pré et post test ainsi que la référence, la biosécurité, la bioéthique, la procédure d'inscription du résultat des tests sur les tablettes et le contrôle qualité. En sus un accent particulier a été mis sur le remplissage du cahier de paillasse, de la fiche de transport des échantillons au laboratoire national de référence, de la fiche de référence et contre référence (VIH, syphilis, hépatite B), la gestion des déchets biomédicaux etc. Les simulations ont été faites au troisième jour avec le matériel biologique nécessaire pour le prélèvement. Des tests de dépistage ont été également réalisés en guise de pratique.

Les quatrième et cinquième journées ont été consacrées essentiellement aux exercices pratiques pour les réceptionnistes-gestionnaires de coupons, représentants PS et HSH, enquêteurs et superviseurs.

Cette phase d'exercices pratique a permis de s'assurer de la bonne maîtrise des outils et procédures de collecte ainsi que du schéma conceptuel du circuit des enquêtés sur les sites. Elle a permis une fois de plus de faire des corrections et ajustements éventuels sur la base des observations des participants à la formation au cours de la séance de débriefing.

La formation du personnel de la composante qualitative s'est déroulée du 12 au 13 juillet 2024. Elle a réuni six sociologues dont deux par site d'enquête. Cette formation a été axée sur les techniques d'entretiens individuels et d'animation des discussions de group après un bref entretien sur les objectifs qualitatifs de l'étude. Il faut souligner que l'examen approfondi du guide du focus group, du guide d'entretien individuel approfondi, du guide d'entretien individuel directif (informateurs clés) et la transcription des données ont été passés au peigne fin. Un accent particulier a été mis également sur les critères de sélections des participants aux focus group et entretiens individuels approfondis.

Dans l'ensemble, seules les personnes formées et compétentes au terme de chaque formation après les différentes évaluations, ont été retenues pour l'enquête

3.7.2. Les outils de collecte

Dans le cadre de cette étude, plusieurs outils de collecte de données ont été utilisés afin de renseigner les différentes composantes de l'étude et permettre une triangulation à partir de plusieurs sources. Les outils utilisés sont en adéquation avec les techniques de collecte identifiés.

Pour la composante bio comportementale quantitative RDS, il s'agit d'un questionnaire standard avec quelques spécificités pour les cibles. L'exemple est donné pour le questionnaire PS qui compte dix (10) sections :

- La section 0 évalue la taille du réseau social des participantes.
- La section 1 aborde les caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté et permet de collecter des informations de base sur chaque participante, notamment

l'âge, la situation matrimoniale, le lieu de résidence, le niveau d'instruction, l'emploi principal en dehors du commerce du sexe, la profession, la nationalité ou le pays d'origine, les personnes à charge.

- La section 2 traite de la vie sexuelle : types et nombre de partenaires sexuels ; rapports entre partenaires sexuels payants et non payants (réguliers, occasionnels).
- La section 3 parle de l'utilisation de préservatifs.
- La section 4 aborde les infections sexuellement transmissibles, le VIH et le dépistage volontaire, l'accès aux traitements antirétroviraux et à la charge virale (cascade **des 95-95-95**).
- La section 5 renseigne sur les connaissances, opinions et attitudes vis-à-vis des IST et du VIH/Sida (bonne connaissance sur le VIH, tolérance à l'endroit des PVVIH, bonne connaissance en matière de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH ...) y compris l'utilisation de la contraception.
- La section 6 traite de la connaissance et couverture en matière de prophylaxie pré-exposition (PrEP) et post-exposition (PPE)
- La section 7 parle du contexte socioculturel, sanitaire, juridique, droits humains ainsi que les violences faites aux femmes).
- La section 8 aborde la consommation d'alcool et de drogues.
- La section 9 s'intéresse à l'accès aux services, séances d'information et outils de prévention du VIH.
- La section 10 est consacrée à l'estimation de la taille à partir des questions permettant de déterminer si les participants de l'étude ont reçu « l'objet unique » distribué sur les points chauds ou lieux de socialisation identifiés par les leaders et pairs éducateurs issus des groupes/associations identitaires, une à deux semaines avant le début de l'enquête.

La durée moyenne d'administration du questionnaire est d'une (01) heure.

Chaque questionnaire a inclus:

- une note d'information ;
- un formulaire de consentement éclairé ;
- une fiche d'éligibilité ;
- une liste de contrôle avec le numéro de coupon de référence et le code unique du participant (CUP) avec numéros séquentiels d'inclusion à 3 chiffres pour la traçabilité du passage à chaque poste de l'enquête.

Les autres outils connexes et de suivi de l'enquête sont :

- le registre de listes de contrôles ;

- le cahier de paillasse (conseil dépistage volontaire du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B) ;
- le registre de RDV ;
- la fiche de transport des échantillons au laboratoire national de référence (Institut National de Recherches en Santé Publique [INRSP]);
- la fiche de référence et contre référence pour les personnes réactives au VIH, à la syphilis et à l'hépatite B ;
- le registre de suivi journalier/hebdomadaire et des incidents ;
- le registre de remboursement des frais de déplacement des participants ;
- la compilation des procédures opérationnelles de mise en œuvre de l'enquête ;
- Etc.

S'agissant de la composante qualitative trois outils ont été utilisés :

- Un guide d'entretien individuel directif a été adressé aux informateurs clés et a permis de faire une analyse rapide des principaux problèmes rencontrés par les groupes cibles et des activités qui sont mise en œuvre en faveur de l'accès aux services de prévention, de traitement, soins et soutien/protection pour les PS, HSH et détenus.
- Un guide d'entretien individuel approfondi a été adressé aux membres des populations clés éligibles et a permis d'apprécier l'environnement de la riposte au VIH à leurs égards , de mieux appréhender les inégalités dont sont victimes les populations clés (environnement familial et communautaire , stigmatisation et discrimination, exclusion, violences physiques et/ou sexuelles, accès disproportionné aux services adapté à leurs besoins spécifiques) , ainsi que les déterminants de certains comportements et pratiques à risques etc. Les informations recueillies ont permis également de déterminer les obstacles et les défis auxquels ces populations sont confrontées dans la prévention et la prise en charge des IST/VIH, de s'imprégner de leurs expériences en matière d'accès aux soins de santé et de leur appréciation de la mise en œuvre des interventions à leur endroit.
- Un guide de discussion de groupe dirigé a servi à l'animation des focus group pour explorer les raisons avancées pour justifier certains comportements notamment le non accès aux services de dépistage du VIH (personnes refusant de se soumettre au dépistage du VIH), l'évitement des tests ou refus de recourir aux services de dépistage, la non utilisation du préservatif, l'absence de communication sur le VIH et les IST entre partenaire ou amis, le capital social etc.

3.7.3. Collecte de données bio comportementales quantitatives RDS

3.7.3.1. Rôle des membres du personnel de collecte RDS

Les détails concernant le rôle des membres du personnel de collecte RDS sont contenus dans l'annexe 1.

3.7.3.2. Procédures opérationnelles de mise en œuvre

3.7.3.2.1. Sélection des sites d'entrevue

La réunion exploratoire/consultation initiale a permis de tisser des liens avec les communautés PS et HSH, d'impliquer de manière participative et inclusive les membres dans l'identification des sites d'interviews. Ainsi sur consentement des membres et responsables/leaders des réseaux/associations identitaires, les services adaptés ou les centres de santé partenaires du PNLS, et des ONG spécialisées en matière de santé des populations clés (PS et HSH) au niveau des villes ciblées ont servi de sites de collecte des données aussi bien comportementales, biologiques que qualitatives. Pour les HSH et PS chaque ville ciblée a abrité un (1) site d'enquête. Un nombre total de six sites (3 sites PS et 3 sites HSH) ont été installés dans les villes ciblées.

Les prisons civiles de Dar Naim, Nouadhibou, Nbeyka et Aleg ont servi de sites d'enquête pour les Détenus.

3.7.3.2.2. Sélection des premiers enquêtés (Graines)

Dans chaque ville, il a été identifié dans un premier temps les responsables ou leaders des groupes ou réseaux de HSH et PS. Avec l'aide de ces acteurs et d'autres informateurs clés, il a été procédé à la sélection des premiers enquêtés.

Pour le respect du principe de diversité/d'hétérogénéité des recrues tel que recommander par la méthodologie RDS (utiliser une graine pour 100 à 150 recrues), deux personnes par population clé ont été retenues comme points de départ (Graines) dans chaque site pour les cibles HSH et PS. Elles avaient une bonne capacité de mobilisation, de communication, de recrutement et de la référence des pairs de leurs réseaux sur les sites de collecte de leur ville. **Ces personnes ont été choisies de manière à ce que les personnes qu'elles recrutent soient diverses et représentent les différents sous-groupes de HSH et PS (variabilité d'échantillonnage).** Les critères d'identification de ces semences ont été décidés de manière participative avec les leaders identifiés.

3.7.3.2.3. Recrutement des pairs PS et HSH

Le gestionnaire des coupons a expliqué la manipulation des coupons de recrutement par les pairs et le processus de recrutement des participants. Jusqu'à trois coupons ont été remis à la recrue. Il lui a été demandé d'identifier trois pairs issus de son réseau personnel et de solliciter leur participation à l'enquête. Les pairs intéressés ont reçu le coupon de recrutement et devait appeler pour un rendez-vous ou se présenter au lieu

de l'enquête pour y participer. Les participantes qui ont indiqué qu'elles n'étaient pas intéressées par le recrutement ont été toujours encouragées à prendre les coupons au cas où elles changeraient d'avis au sujet du recrutement. Sur chaque coupon était inscrit une date d'activation et d'expiration. La validité était d'une (01) semaine.

A leur arrivée sur un site de l'enquête, munis de coupons valides de recrutement, les participants ont été examinées pour l'éligibilité et ont exprimé leur consentement éclairé, après quoi ils ont été interviewés par un intervieweur qualifié, ont reçu un counselling pré-test, et ont fait l'objet d'un prélèvement de sang pour les tests du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B. Après le prélèvement de sang, chaque répondant a reçu un counselling post-test suivi de la référence vers les services de prise en charge au besoin.

A la fin de la visite sur le site, chaque participant a reçu du réceptionniste-gestionnaire de coupons ses différentes incitations : 500 Ouguiya (MRU) comme frais de déplacements sur site (200 MRU pour la première fois et 300 MRU si les trois coupons reviennent) ; un paquet de 144 unités de préservatifs masculins et entre 15 et 20 unités de lubrifiants à base d'eau pour les PS et HSH. Il a reçu également certain nombre de coupons (pas plus de trois) de même que les instructions de recrutement portant sur la façon de recruter des pairs admissibles.

Il est important de souligner que le paiement des frais de déplacement sur site s'est fait après la validation du coupon de référence par le réceptionniste et plus précisément à la fin de l'administration du questionnaire et du prélèvement pour les tests du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B.

3.7.3.3. Administration du questionnaire quantitatif RDS

L'identité du répondant a été protégé et non inscrite sur le questionnaire d'enquête. Un consentement éclairé a été obtenu pour chaque répondant avant de procéder à l'entrevue et au prélèvement. Une fiche de consentement a été signée par le participant certifiant que toutes les informations nécessaires lui ont été fournies et qu'il a compris et a volontairement signé.

Après l'obtention du consentement, les participants se sont vus attribuer un code unique d'identification (CUP) qui a été inscrit sur la fiche de consentement, la liste de contrôle, le questionnaire, l'étiquette à coller sur le tube de prélèvement, le papier buvard, le cahier de paillasse et la fiche de transport des échantillons.

La section relative aux considérations éthiques fournit d'amples informations sur la stratégie de gestion de risque de rupture de la confidentialité lors de la mise en œuvre de l'enquête.

Le questionnaire a été administré au cours d'un entretien direct (en face-à-face) par les enquêteurs (professionnels neutres des deux sexes) recrutés dans la langue couramment parlée par l'interviewé. L'enquêteur a rempli lui-même le questionnaire après avoir recueilli les réponses des personnes interviewées. L'enquête a été

conduite en privé, en garantissant la confidentialité des informations fournies par les répondants.

La collecte de données a été électronique. L'application CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing) Survey Solutions a été paramétrée et nourrie à partir des questionnaires. Les outils de collecte structurés en version électronique ont été administrés à l'aide des tablettes Android. Le mode d'administration CAPI a permis en effet d'opérer une saisie directe des réponses et d'effectuer automatiquement les redirections liées aux réponses obtenues de même qu'un suivi régulier du processus par l'équipe de coordination de la collecte.

Les répondants ont été assurés que toutes les informations et les discussions demeurent confidentielles et que leur participation est volontaire. Ils ont été informés qu'ils peuvent refuser de répondre aux questions et qu'ils peuvent se retirer de l'enquête à tout moment.

3.7.4. Collecte des données biologiques

La participation au test de dépistage était volontaire, fortement encouragée, mais non obligatoire.

3.7.4.1. Procédures de laboratoire

Les procédures de prélèvement et des tests ont été faits dans le respect des précautions de sécurité universelles telles que le port des équipements de protection, l'élimination des aiguilles dans des boîtes de sécurités et une gestion appropriée des déchets issus de cette activité. Le prélèvement des échantillons de sang et les tests sérologiques ont été effectués sur les sites d'enquête par des agents de santé formés et mis à niveau. Le prélèvement biologique a eu lieu après le conseil pré-test et le consentement du participant.

Les prélèvements ont été veineux après une asepsie rigoureuse. Le sang de chaque participant a été recueilli dans un tube de prélèvement contenant de l'ETDA sous vide. Il n'a été autorisé que deux essais de prélèvement au maximum sur le même participant.

Les références des échantillons prélevés ont été consignées dans un registre. Les échantillons ont été examinés pour leur qualité et utilisés sur site pour la réalisation des tests de dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B. Sur chaque site, il a été mis à la disposition du biologiste : i) des fiches de prélèvement veineux ; ii) des fiches de résultats (sérologie VIH, test de dépistage de la syphilis et de l'hépatite B) ; iii) une fiche de paillasse de suivi journalier des tests de dépistage sur site ; iv) des fiches de transport des échantillons (sérum/plasma) des sites de prélèvement vers le laboratoire de référence national (INRSP); et v) les intrants de dépistage (VIH, Syphilis et de l'hépatite B).

Le contrôle de qualité du VIH et de la syphilis, ainsi que le dosage de la charge virale chez les positifs au VIH ont été réalisés à l'INRSP. Ces tests ont été réalisés après l'aliquotage et la conservation avant leur manipulation.

Tous les prélèvements testés positifs au VIH, et tous les dixièmes prélèvements testés négatifs ont fait l'objet de contrôle de qualité. Pour les prélèvements dont les résultats étaient indéterminés, l'indétermination a été levée sur les nouveaux prélèvements adressés au laboratoire de référence. Pour le contrôle qualité et la mesure de la charge virale, tous les échantillons (sérum/plasma) ont été transportés des sites de prélèvement vers le laboratoire de référence national (INRSP). Le transport s'est fait dans le respect scrupuleux des procédures décrites sur la fiche de transport des échantillons « Instruction pour le transport des échantillons (sérum/plasma) des sites de prélèvement vers le laboratoire de référence national ».

La mesure de la charge virale (CV) a concerné uniquement les participants positifs au VIH. En plus de la mesure de l'ampleur de la réplication du virus, elle a permis d'évaluer l'observance chez les participants connaissant leur séropositivité avant l'enquête et sous traitement antirétroviraux. La mesure de charge virale a été réalisée selon le protocole en vigueur du laboratoire national de référence (INRSP).

Le dépistage rapide du VIH sur site a été fait conformément à l'algorithme national de dépistage volontaire adapté selon les dernières recommandations de l'OMS. En raison de la spécificité des cibles (stigmatisation,) et aux difficultés liées à l'atteinte du premier 95 au sein de ces groupes cibles, il a été procédé au test de dépistage rapide avec remise de résultat sur le site de collecte. A cet effet, il a été procédé avant le recueil de sang, à un counseling pré-test suivi du dépistage et enfin du counseling post test pour la remise du résultat.

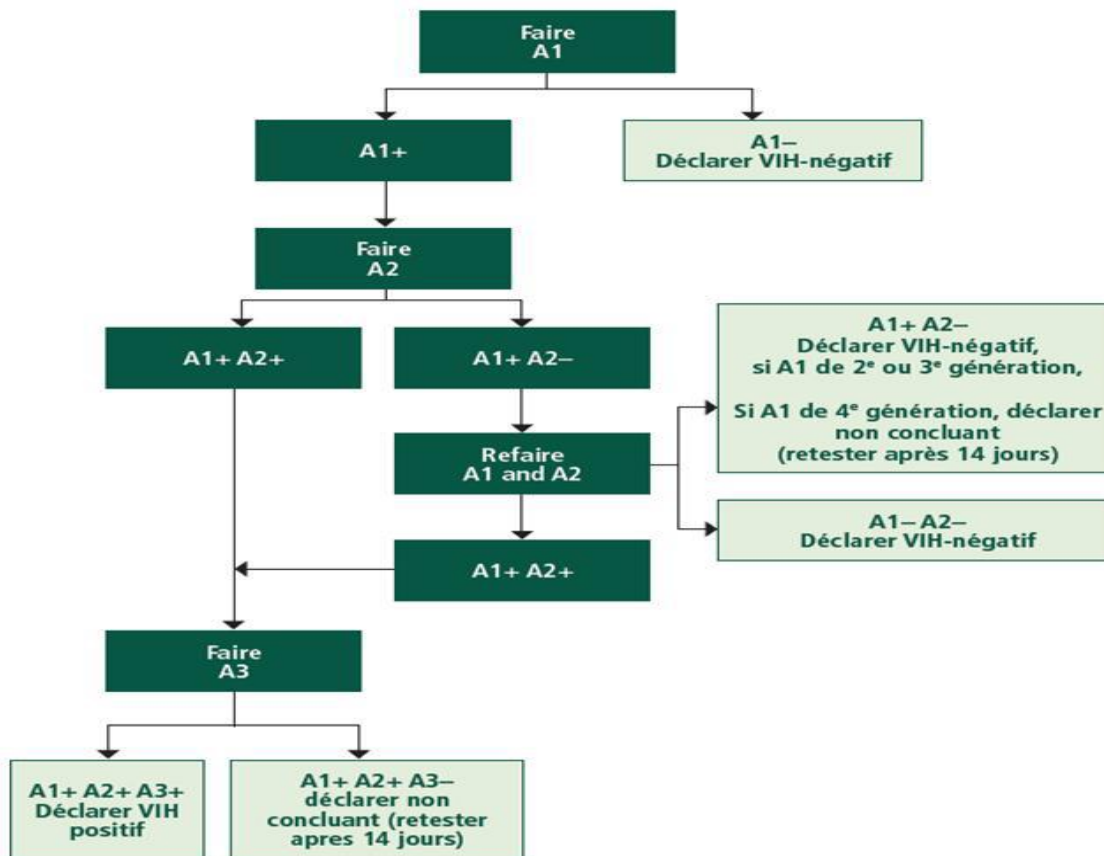
3.7.4.2. Tests de dépistage du VIH

Le dépistage rapide sur site a été fait conformément à l'algorithme national de dépistage du VIH qui est conforme à la stratégie de l'OMS / ONUSIDA recommandant et rappelant les pays à faible charge de VIH à l'utilisation de trois résultats de test réactifs consécutifs pour établir un diagnostic positif de VIH. Aussi les dernières recommandations de l'OMS relatives à l'utilisation des tests issus de laboratoires différents ont été prises en compte). Il a été utilisé en première intention le **Duo test VIH/Syphilis DUO Bioline™ HIV1/2**, et ensuite un second test discriminant en l'occurrence le **Bioline HIV 1/2 3.0** et un troisième test pour la confirmation, le **Onsite HIV 1/2**.

Les échantillons non réactifs au premier (1^{er}) test ont été rapportés comme « négatifs » et les échantillons réactifs avec les trois tests, notifiés comme « positifs ». **Les participants positifs au VIH ont été référés dans un centre de traitement agréé pour leur prise en charge.** Les échantillons positifs au premier test (sensibilité) mais négatifs au deuxième test (spécificité) ont été notifiés comme « indéterminé ».

En cas de résultats divergents (test 1 + et test 2-), le test de première intention (test 1) et de deuxième intention a été repris immédiatement. Si test 1 + test 2 + et test 3 -

l'échantillon était déclaré non concluant et était rapporté tel quel dans l'impossibilité d'avoir un nouveau prélèvement 14 jours après le test.



Algorithme recommandé par l'OMS et l'ONUSIDA pour les pays à faible charge de VIH

3.7.4.3. Test de dépistage de l'hépatite B

Le statut de porteur d'antigènes du VHB (présence d'antigènes HBs) a été confirmé après la recherche d'antigènes du VHB (AgHBs). La recherche de la présence d'antigènes HBs s'est faite au niveau de l'INRSP. Il a été utilisé un test de dépistage rapide (Determine HBs Ag 2.). Dans le processus de prise en charge (PEC) tous les sujets positifs ont fait l'objet d'un contrôle qualité par un test ELISA pour confirmation de leur résultat au niveau du laboratoire de la structure de référence (CTA, UPEC...) ou du laboratoire national de référence.

En cas de confirmation de la présence d'antigènes du VHB, les personnes concernées ont été orientées vers un service d'hépatogastroentérologie pour les bilans d'investigation (dont la charge virale) devant guider les décisions thérapeutiques et la prise en charge. La PEC de l'hépatite B n'est pas gratuite en Mauritanie.

3.7.4.10. Test de dépistage de la syphilis

La réalisation des tests pour la syphilis s'est faite dans un premier temps sur place à l'aide des tests de diagnostic rapide (Duo test VIH/Syphilis DUO *Bioline*TM HIV1/2)

selon les recommandations de l’OMS en vue d’une prise en charge rapide, et dans un deuxième temps d’autres tests tréponémiques ont été réalisés au laboratoire de référence pour soit la confirmation ou le titrage des échantillons positif au test rapide.

Le choix des tests de diagnostic rapide (Duo test VIH/Syphilis DUO *Bioline™ HIV1/2*) se justifie par le fait que la syphilis est une maladie létale et traitable à moindre coût avec une obligation éthique de traiter les positifs. Le diagnostic de la syphilis s’est fait concomitamment lors de la réalisation du test VIH avec l’utilisation du Duo test VIH/Syphilis DUO *Bioline™ HIV1/2* (lecture entre 15 et 20 mn au maximum après ajout de 20ul de sang et 3 gouttes de tampon).

S’agissant d’autres tests tréponémiques (deuxième temps), ils ont été réalisés après au laboratoire national de référence (INRSP).

La stratégie utilisée dans le cadre de cette étude a consisté à faire un dépistage au TPHA sur les échantillons positifs au test rapide.

3.7.4.11. *Counseling post-test, remise des résultats, référence aux services de prise en charge et procédure d’élimination des déchets biomédicaux*

Les services liés à la disponibilité des résultats, le counseling post-test, et la référence vers des structures de soins et de traitements ont été fournis immédiatement après les tests rapides à tous les participants qui ont accepté de se soumettre au dépistage.

Des messages de counseling post-test étaient adaptés aux résultats du test VIH des recrues et des profils de risque étaient donnés. Le counseling post-test a inclus des objectifs de l’étude, les moyens et les stratégies pour la réduction du risque et la prévention du VIH, de la syphilis et de l’hépatite B.

Les conseils pour les personnes infectées ont inclus une évaluation de leurs besoins psychosociale, une discussion sur le fait de vivre avec l’infection à VIH, la prise en charge et les aspects liés à la discrimination. La transmission du VIH aux partenaires a été aussi abordée de même que les stratégies pour un changement de comportements.

Les résultats VIH étaient disponibles environ 15 minutes après le prélèvement. Ceux-ci étaient notifiés immédiatement aux participants en cas de négativité. En cas de positivité, le temps de confirmation peut élargir ce délai. Les résultats étaient remis dans le respect de la confidentialité par les techniciens de laboratoire formés préalablement à cet effet. L’annonce des résultats s’est accompagné des conseils de prévention du VIH, chez les séronégatifs et les séropositifs. **Les participants positifs au VIH étaient orientés dans les de prévention, de soins et de traitement pour reprendre la sérologie afin de se faire enrôler dans la file active.**

Dans toutes les villes dans lesquelles s’est déroulée cette étude, des collaborations ont été préalablement établies avec les centres de santé qui sont réceptifs aux populations clés pour la prise en charge.

Des suivis réguliers étaient faits avec ces centres pour s'assurer que les participants qui ont été référés y sont allés pour le traitement et la prise en charge. En plus de la référence pour les personnes dépistées positives pour le VIH, les participants qui ont évoqué des symptômes d'IST par exemple l'écoulement urétral, l'ulcère génital ont été aussi référés aux centres avec lesquels la collaboration a été établie.

Pour ce qui est de l'hépatite B, en cas de confirmation de la présence d'antigènes du VHB, les personnes concernées ont été orientées vers un service d'hépatogastroentérologie pour les bilans d'investigation (dont la charge virale) devant guider les décisions thérapeutiques et la prise en charge. Il est important de souligner que pour la participants Co-infectés, la confirmation de la présence d'antigènes du VHB a permis d'orienter les choix thérapeutiques. La difficulté réside dans la prise en charge des participants présentant une hépatite B isolée car le traitement est long et onéreux.

Du fait de l'obligation d'assurer la protection des détenus (droit à la santé) et au regard de la forte stigmatisation et discrimination qui prévaut en milieu carcéral (double peine ou double condamnation) les résultats des tests rapides (VIH, syphilis et VHB) ont été remis dans le strict respect de la confidentialité. L'organisation de la prise en charge des personnes positives a été préalablement discuté avec les responsables de l'administration pénitentiaire.

S'agissant de l'élimination des déchets biomédicaux sur le terrain, avant le début de l'enquête un contact a été pris avec les autorités sanitaires notamment les directeurs régionaux ou départementaux de la santé et pour chaque ville ciblée avec les responsables des formations sanitaires disposant d'incinérateur fonctionnel pour faciliter l'élimination complète et la destruction des déchets in situ dès la fin de l'enquête.

Ainsi les agents de santé impliqués dans cette enquête ont été formés sur l'élimination des déchets afin de réduire le risque de pollution d'une part mais d'autre part d'exposition d'autres sujets au risque d'infection.

Les aiguilles qui ont servi de prélèvement étaient éliminés dans des boites de sécurité fournies aux enquêteurs, ces boites ont recueilli les objets tranchants tout le long de l'enquête et étaient considérées comme pleines une fois remplies aux deux tiers.

Les cassettes de réalisation des tests étaient également rangées dans les boites de sécurité après la réalisation des tests et la lecture des résultats.

Les gants et cotons souillés étaient éliminés dans des sachets poubelles fournies aux enquêteurs pour l'enquête. Il était utilisé deux (02) sachets poubelles avec des codes couleur : les sachets rouges pour les objets souillés non tranchants et les sachets noirs pour les objets non souillés non tranchants.

Les prélèvements de sang sur tubes EDTA, après la réalisation du test ont reçu 1 ml de solution de décontamination et étaient refermés dans le but de réduire le risque infectieux. A l'issue de l'enquête, le reste des échantillons a été convoyé au niveau de

la formation sanitaire de l'aire de réalisation de l'enquête qui dispose d'incinérateur pour la destruction suivant les procédures en vigueur en Mauritanie.

3.7.4.12. Assurance Qualité

L'assurance qualité (AQ) pour le volet biologique de cette enquête comprend :

- La formation/mise à niveau des techniciens de laboratoire sur la collecte et le traitement des échantillons ainsi que sur les procédures de test ;
- Des visites de supervision avant et pendant les tests ;
- L'utilisation des échantillons contrôle.

Le plasma humain et les anticorps contenus sont sensibles à la température et pour cette raison, les protocoles sont mis en place pour s'assurer que tous les spécimens sont testés immédiatement après prélèvement et les échantillons aliquotés et conservés correctement une fois que tous les tests de dépistage rapide auront été faits, pour un quelconque contrôle de la qualité à venir.

A la fin de la collecte et de la réalisation des tests, les échantillons positifs aux tests de dépistage du VIH ainsi que tous les dixièmes prélèvements testés négatifs ont été transportés au laboratoire national de référence de l'INRSP à Nouakchott pour le contrôle de qualité (CQ).

Au terme du CQ, ce sont les résultats du CQ réalisés par le laboratoire national de référence qui sont considérés pour l'analyse des résultats définitifs de l'enquête.

En ce qui concerne les faux positifs éventuels, étant donné que le résultat est notifié verbalement et les sujets sont orientés vers le système de soins, conformément aux recommandations de l'OMS préconisant le retesting avant l'initiation d'un traitement ARV de longue durée. Lors de l'enquête, l'accent a été mis sur le retesting au niveau des services de PEC du VIH pour éviter les erreurs de diagnostic en enrôlant de faux positifs mais également pour avoir des résultats écrits (mentionnant les réactifs utilisés) qui doivent figurer dans le dossier du sujet.

S'agissant des faux négatifs éventuels, les participants à l'enquête ont été sensibilisés aux fins de répéter leur test de dépistage après trois mois, puis régulièrement; l'enquête ayant été anonyme les participants revenus réactifs lors du CQ ne pourront plus être joints mais c'est la reprise de la sérologie qui permettra de probablement les dépister et enrôler.

Pour le volet comportemental, la collecte étant électronique, le suivi se fait en temps réel. Ainsi, chaque superviseur passe en revue les questionnaires remplis par l'enquêteur chaque jour avant de les soumettre pour validation au gestionnaire de la base de données au niveau du quartier général via la plateforme Survey Solution et des éventuels retours sont faits avant le début de journée aux équipes.

Les bases de données des coupons sont vérifiées avec RDS analyst chaque semaine afin de détecter les erreurs de numérotation.

Pendant la collecte, il a été procédé régulièrement à des contrôles de correspondance entre les bases de données. Dans les cas où il y aura éventuellement des contradictions, l'information était automatiquement remontée afin que les vérifications soient faites sur les fiches ou coupons suivies des corrections nécessaires.

Des rapports de supervision et d'avancement de la collecte sont régulièrement produits.

3.8. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES DE L'ETUDE

3.8.1. Traitement et analyse des données quantitatives (RDS)

Au terme de la collecte, les données envoyées sur le serveur par les enquêteurs ont été exportées dans le logiciel SPSS V.26. Après cela un dernier contrôle de qualité a été effectué suivi de l'apurement si nécessaire. Une fois la concordance obtenue, et les différentes bases consolidées, les données étaient considérées comme valides et les différents croisements réalisés pour l'édition des tableaux selon le plan d'analyse.

L'analyse des données RDS nécessite un ajustement en fonction de la taille du réseau social et de l'effort de recrutement au sein des réseaux. Diagnostics (arbres de recrutement, goulots d'étranglement et courbes de convergence) et analyse univariée a été fait dans RDS Analyst, version 7.1.38, à l'aide de l'estimateur d'échantillonnage successif de Giles.

La taille des réseaux a été corrigée pour s'assurer que la taille du réseau minimal est égale au nombre de recrues plus un (+1) pour le recruteur. Les tailles de réseau ont été également corrigées pour que la valeur maximale ne dépasse pas un seuil plausible.

Toute analyse statistique avancée a été effectuée dans RDS Analyst ou dans STATA V15 en utilisant des poids d'échantillonnage successifs générés dans RDS Analyst. Les données agrégées ont été analysées dans STATA à l'aide des poids qui ont été calculés indépendamment pour chaque ville et la taille de la population générale a servi de référence pour déterminer la proportionnalité des poids entre les villes.

Chaque variable a été examinée à l'aide de tableaux de fréquence et déterminée si un recodage est nécessaire. Les valeurs aberrantes et les réponses impossibles ont été vérifiées ou codées comme données manquantes. Certaines variables d'intérêts ont été analysées et rapportées. Un recodage spécifique des variables a été effectué pour rapporter les indicateurs du Global AIDS Monitoring (lignes directrices 2023). La plupart des variables continues ont été rapportées sous forme de moyennes, de médianes et de plages, mais certaines variables continues ont été catégorisées (c'est-à-dire, l'âge jusqu'à <25 ans, ≥25 ans).

Tout texte a été examiné pour déterminer s'il rentre dans les catégories existantes pour une question spécifique ou si une nouvelle catégorie est nécessaire. Certaines données ont été désagrégées pour représenter des catégories importantes (à titre d'exemple, Professionnelle du Sexe (PS) basée sur le lieu et non basée sur le lieu).

La prévalence de toutes les infections testées a été analysée comme des estimations univariées et a fait l'objet d'une analyse plus approfondie pour les coinfections. Les estimations de la taille de la population ont été calculées et entrées dans une base de données Excel pour l'évaluation des biais et des valeurs aberrantes.

L'analyse avec le RDS Analyst fournit les estimations avec un intervalle de confiance à 95% pour les indicateurs clés. Il produit aussi les poids des recrues dans l'échantillon final ; ce qui permet de faire des analyses plus complexes. En combinaison avec le logiciel NETDRAW version 2.136, il permet également de fournir une représentation graphique de la structure du recrutement.

Encadré 1 : Méthode de pondération RDS utilisée dans le cadre de cette enquête

1. Détermination des valeurs a priori pour la pondération dans RDS Analyst

Dans toutes les études IBBS auprès des populations clés, les méthodes d'échantillonnage ne sont généralement pas représentatives. Cette enquête a utilisé la méthode de l'échantillonnage dirigé par les répondants (Respondent-Driven Sampling : RDS) pour recruter les PS et HSH. Pour corriger les biais induits par la méthode RDS, nous utilisons les pondérations afin d'obtenir des estimations représentatives de la population cible.

Selon G. Lisa (2013) voici les raisons pertinentes qui justifient la pondération des estimateurs RDS

- **La pondération corrige les biais de sélection** : les individus ayant un grand réseau social ont plus de chance d'être recrutés. C'est dans le but de corriger ces déséquilibres que la pondération est indispensable.
- **La pondération améliore la représentativité de l'échantillon** : il existe une nette différence de visibilité sociale au sein d'une population cachée. Ainsi, un échantillon par recrutement en chaîne, en lui-même, n'est généralement pas représentatif de la population visée par l'enquête. A cet effet, les données correctement collectées à l'aide de la méthode RDS doivent être pondérées afin d'améliorer la représentativité de l'échantillon.
- **La pondération réduit l'effet de l'homophilie** : si les individus recrutent les personnes par affinité, l'échantillon risque d'être constitué d'individus présentant les mêmes caractéristiques (homophilie). La pondération aide à corriger ce biais et à mieux refléter la diversité de la population cible.
- **La pondération améliore la fiabilité des estimateurs RDS** : les méthodes de pondération comme RDS SS (Gile's SS) permettent d'obtenir des résultats plus robustes et moins sensibles aux variations de l'échantillon.

Dans le cadre de cette IBBS Mauritanie 2024, il était essentiel de déterminer les **valeurs a priori** de chaque population cible dans chacune des villes couvertes par l'enquête. Ces valeurs sont utilisées comme **paramètres d'entrée dans le logiciel RDS Analyst**, afin de générer et corriger des estimations pondérées basées sur les données recueillies.

En d'autres termes, les valeurs a priori sont des estimations a priori du nombre total de personnes au sein du groupe cible dans la population générale de la ville/région, dans laquelle a été constitué l'échantillon des répondants via la méthode RDS. Ces valeurs a priori sont utiles et capitales pour rendre puissant et robuste l'**estimateur Gile's SS**.

La revue méthodologique montre que l'estimateur de Gile's SS est à la fois le plus souple (moins d'hypothèses) et le plus robuste des estimateurs RDS (RDS-I ; RDS-II)

2. Source des données à priori

Les effectifs de population utilisés proviennent du dernier **RGPH de la Mauritanie fournis par le SENLS**. Pour chaque ville/région concernée par l'étude (Trarza/Rosso, Dakhlet Nouadhibou et Nouakchott), nous avons extrait les sous-populations suivantes :

- Pour les HSH : hommes âgés de **15 à 59 ans** ;
- Pour les PS : femmes âgées de **15 à 49 ans**.

3. Hypothèses

Pour l'estimation à priori de la taille des populations HSH et PS dans chaque ville/région ciblée, le document de référence utilisé est le guide actualisé des estimation Spectrum ONUSIDA de janvier 2024. En référence à ce guide, les PS représentent en moyenne 1,16% de la population féminine âgée de 15-49 ans. Pour ce qui concerne les HSH, ils représentent en moyenne 0,74% de la population masculine âgée de 15-59 ans.

4. Utilisation dans RDS Analyst

Ces valeurs sont intégrées comme **paramètres de taille de la population cible** dans RDS Analyst, en plus des données observées sur l'échantillon :

- **ID** : identifiant unique du participant
- **RecruiterID** : identifiant du recruteur qui permet d'identifier « qui a recruté qui » afin d'ajuster les pondérations via des mesures d'homophilie.
- **NetworkSize** : taille du réseau social déclaré par le participant (nombre de personnes similaires qu'il connaît)
- **Variable d'intérêt** : statut VIH

Dans l'algorithme RDS Analyst, chaque individu de l'échantillon est pondéré par l'inverse de sa probabilité de sélection, selon son NetworkSize. Ainsi les individus ayant un petit réseau, reçoivent un poids plus élevé par rapport à ceux qui ont un réseau plus grand.

5. Estimateur de Gile's SS.

a- Principe de l'estimateur Gile's SS

L'estimateur **Gile's SS** repose sur un **modèle d'échantillonnage successif sans remise** dans une **population finie**, ce qui :

- **Reflète mieux la réalité d'une enquête RDS** pendant laquelle les participants sont recrutés sans remise.
- **Corrige le biais de surestimation** des poids en tenant compte de la taille finie de la population.
- **Améliore la précision des estimations** car peu sensible aux erreurs de déclaration de taille des réseaux personnels.

Par ailleurs, cet estimateur **intègre une estimation de la taille de la population cible**, ce qui permet d'**ajuster les poids** attribués à chaque individu selon la taille relative de son réseau dans une population de taille finie.

3.8.2. Traitement et analyse des données qualitatives

Les données issues des EIA et des discussions de groupe ont été transcrites et saisies sous le logiciel *Word* suivant un canevas qui a été proposé. En plus de la transcription, il a été demandé aux animateurs/modérateurs de remplir une fiche de description du contexte de la tenue ou du déroulement des discussions de groupe et de documenter les « non-dits » en plus des enregistrements. Ces données ont été codifiées par catégorie et thème principal. Les codes ont été développés suivant les objectifs et les attentes de l'étude. Ces données ont été ensuite analysées selon leur contenu. Toutes les réponses à une même question ont été mises ensemble et classées selon les codes développés et par thème. Les conclusions tirées étaient sur la base des réponses majoritaires. Toutefois, les réponses minoritaires étaient également discutées dans l'analyse afin de ne laisser la place à aucun oubli.

3.8.3. Plan et outils d'analyse des données

Un plan d'analyse détaillé en accord avec les objectifs de la recherche, a permis de préciser non seulement les rubriques de l'analyse mais aussi des modalités de description, de croisement des variables et de triangulation pour comparer des résultats obtenus et aboutir à une conclusion. Le plan d'analyse a indiqué : (i) les indicateurs, (ii) les définitions des indicateurs, (iii) les modes de calcul et, (iv) les maquettes des tableaux à produire.

3.9. CONSIDERATIONS ETHIQUES

La présente étude étant une activité de recherche impliquant des sujets humains, l'équipe de recherche l'a conduite conformément aux principes fondamentaux d'éthique. L'avis écrit du Comité National d'Ethique et de la Recherche en Santé (CNERS) a été obtenu avant la mise en œuvre de l'étude. Les personnes chargées de la mise en œuvre de cette enquête se sont conformées à toutes les procédures du CNERS. La participation des PS, HSH et détenus à l'enquête était strictement volontaire (consentement obtenu après explication des avantages, des risques potentiels et d'autres conditions de participation à l'enquête). Des mesures ont été prises pour assurer le respect de la dignité et la liberté de chaque participant. Les PS, HSH et détenus étaient libres de participer ou de se retirer à tout moment de cette étude. Des efforts ont été faits pour protéger l'autonomie des individus, minimiser les conséquences négatives liées à la participation à l'enquête et maximiser le bénéfice qu'elles pourraient gagner, distribuer de façon équitable les risques et les bénéfices.

Le protocole de l'enquête fournit d'amples informations sur la section relative aux considérations éthiques.

3.10. DIFFICULTES RENCONTREES, APPROCHES DE SOLUTION ET LIMITES

Aucune difficulté majeure, de nature à affecter la qualité des données, n'a été enregistrée. Toutefois, quelques difficultés inhérentes à toute opération de collecte du genre méritent d'être capitalisées pour la mise en œuvre des prochaines IBBS :

Les difficultés enregistrées au cours de la collecte des données bio comportementales quantitatives RDS (PS et HSH) étaient principalement :

- Le retard d'acquisition des réactifs nécessaires à la réalisation du contrôle qualité des échantillons et à la mesure de la charge virale.
- La non disponibilité des kits complets DBS initialement prévus pour faire face aux difficultés de conservation et transport des échantillons du terrain (sites de prélèvement) vers l'INRSP en vue du contrôle qualité et du dosage de la charge virale ; ce qui a nécessité une logistique plus lourde (Cryotubes, Cryo-boite ; glacière munie d'accumulateurs adaptée au transport de produits biologiques...).
- Le contexte socioculturel du pays et en particulier de certaines villes comme Rosso « tout le monde se connaît » ne permet pas que les PS nées et vivant dans la ville s'affichent ; ce qui a entraîné un recrutement lent malgré la mobilisation à l'enquête d'une part et justifié le fait qu'aucune PS n'a accepté un EIA du fait que le personnel de collecte soit résident d'autre part (forte stigmatisation et discrimination).
- Bien que forfaitaire et évitant toute coercition, l'incitation liée à la participation à l'enquête (500 MRU) a été jugée insuffisante par les participants (rendant difficile leur déplacement vers les sites) ; ce qui est à prendre en compte lors des prochaines éditions.
- La deuxième graine PS de Nouakchott et Rosso ont abandonné par ce que dépistées positives au VIH et découragées ; ce qui a impacté négativement le flux de recrutement des participantes et nécessité l'introduction d'une troisième graine au niveau de ces sites.
- Le faible dynamisme de certaines graines (participants initiaux) ; ce qui a entraîné une faible motivation dans le recrutement de nouveaux participants, menant à un arrêt rapide des chaînes de recrutement.
- La tentative d'infiltration de plusieurs enquêtés ne pouvant pas prouver leur appartenance au groupe cible bien que disposant des coupons de recrutement valides ; ce qui reflète la rigueur de l'équipe de recherche visant à minimiser autant que possible les biais de sélections.
- Plusieurs enquêtés non-résidents (résidence inférieure ou égale à 6 mois au moment de l'enquête) ou âgés de moins de 15 ans ou se présentant sur les sites avec des coupons de recrutement expirés (plus de 7 jours [21 pour PS et 34 pour HSH à Nouakchott]) ou refusant de se soumettre au test de dépistage du VIH n'ont pas été interviewés ; ce qui reflète également la rigueur de l'équipe de recherche dans le respect des critères d'inclusion afin d'avoir des échantillons qui correspondent à la réalité des sites d'enquête pour une meilleure orientation de la réponse locale conformément au protocole.
- Selon le contexte, les sites d'enquête fonctionnent généralement en soirée, alors que certaines autorités régionales (DRS) sont disponibles uniquement le matin, rendant la coordination et la résolution des problèmes logistiques plus difficiles.

- L'insuffisance du nombre d'enquêteurs (un seul par cible et site) du fait de l'insuffisance du nombre de tablettes disponibles ; ce qui a entraîné de longs délais d'attente, rendant les participants impatients et provoquant des incidents de tapage.

La principale limite de l'enquête est liée au fait qu'aucun membre de l'équipe de recherche ne peut prétendre avoir une meilleure connaissance de la taille du réseau social des répondants ; ce qui peut être à l'origine de nombreuses déclarations erronées nécessitant des ajustements lors de l'analyse des données.

Bien que les estimations présentées ici pour les PS et HSH peuvent être considérées comme représentatives du réseau de la population à partir de laquelle les participants ont été recrutés, le réseau peut manquer d'importants sous-groupes.

3.11. PRESENTATION DES RESULTATS

La synthèse des résultats clés de cette enquête est présentée par groupe cible, ce qui permet aux différents acteurs et partenaires menant des interventions en direction d'un groupe cible spécifique, de prendre directement connaissance de l'évolution des indicateurs comportementaux et biologiques au sein du groupe cible d'intérêt sans être obligés de lire tout le rapport. Elle permet également d'apprécier les progrès réalisés dans le cadre de la mise en œuvre du PSN 2022-2026 et la part contributive des interventions programmées (indicateurs du suivi mondial de l'épidémie /GAM).

Encadré 2 : Prévalence pondérée du VIH chez les PS et HSH

La pondération est calculée pour corriger les biais de sélection liés à la méthode de recrutement en chaîne ; ceci est possible à partir des poids individuels. Contrairement à la prévalence brute, qui est simple à calculer mais peut être trompeuse si l'échantillon est non représentatif, la prévalence pondérée améliore la représentativité de l'échantillon et réduit l'effet de l'homophilie ; ce qui la rend plus robuste pour les populations cachées et difficiles d'accès.

Formule mathématique-Estimation de la prévalence pondérée (Estimateur Gile's SS)

La prévalence pondérée p du VIH selon l'estimateur Gile's SS est donnée par :

$$p = \frac{\sum_{i=1}^n X_i \times w_i}{W} \times 100$$

Où

- n est la taille de l'échantillon ;
- w_i correspond au poids attribué à l'individu i ;
- $W = \sum_{i=1}^n w_i$ représente la somme des poids de tous les répondants ;
- X_i est le résultat positif du répondant i .

IV. PRESENTATION DES RESULTATS CHEZ LES HSH

4.1. SYNTHESE DES RESULTATS CHEZ LES HSH

N°	Libellé de l'indicateur	Age (en années)		Ensemble	Sources de l'information	Référence	Données Contrôle externe de qualité
		15 à 24	25 et +				
		%	%				
1	Prévalence du VIH						
	% de HSH	19,6	48,1	28,1	Ch.4.13.1	p.112	19,67
2	Prévalence de la syphilis						
	% de HSH	10,1	31,6	16,6	Ch.4.13.4	p.114	11,75
3	Prévalence de l'hépatite B						
	% de HSH	1,77	8,75	3,87	Ch.4.13.5	p.115	4,66
4	Prévalence de la coïnfection VIH-VHB						
	% de HSH	0,59	6,52	2,38			
5	Connait les moyens de se prévenir du VIH et rejette les fausses croyances (Bonne connaissance en matière de prévention du VIH)						
	% de HSH	24	30	26	Tableau IV. 24	p.89	
6	A utilisé un préservatif au dernier rapport avec un partenaire masculin						
	% de HSH	82	89	84	Tableau IV. 13	p.76	
7	A présenté au cours des 6 derniers mois l'un des trois symptômes évocateurs d'IST les plus fréquemment rapportés						
	% de HSH	13	15	13	Tableau IV. 19	p.83	
8	A présenté un écoulement/une inflammation urétral ou une ulcération génitale au cours des 12 derniers mois						
	% de HSH	13	15	13	Tableau IV. 19	p.83	

N°	Libellé de l'indicateur	Age (en années)		Ensemble %	Sources de l'information	Référence	Données Contrôle externe de qualité
		15 à 24	25 et +				
		%	%				
9	Testé dans les 12 derniers mois et a reçu les résultats						
	% de HSH	73	69	71	<u>Tableau IV. 22</u>	<u>p.86</u>	
10	Connaissance du statut VIH positif						
	% de HSH positifs			31	Ch.4.12.2	p.110	
11	A reçu un résultat de test VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou qui savent qu'elles vivent avec le VIH (%)						
	% de HSH	14	38	22	<u>Tableau IV. 19</u>	p.83	
12	Pourcentage de HSH qui déclare avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois (%)						
	% de HSH	9	7	8	<u>Tableau IV. 33</u>	p.99	
13	A évité de consulter les services de santé au cours des 6 derniers mois par crainte que l'on les identifie						
	% de HSH	1	2	1	<u>Tableau IV. 30</u>	p.94	
14	A déjà eu peur de demander des services de santé au cours des 6 derniers mois par crainte que quelqu'un apprenne leur statut						
	% de HSH	1	2	2	<u>Tableau IV. 30</u>	p.94	
15	Évitement des services de santé parmi les HSH à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois						
	% de HSH	1	2	1	<u>Tableau IV. 32</u>	p.98	
16	A bénéficié d'au moins deux services de prévention combinée cours des 3 derniers mois						
	% de HSH	43	55	47			
17	Actuellement sous traitement antirétroviral						
	% de HSH			100	Ch.4.12.2	p.110	

N°	Libellé de l'indicateur	Age (en années)		Ensemble	Sources de l'information	Référence	Données Contrôle externe de qualité
		15 à 24	25 et +				
		%	%	%			
18	Pourcentage de personnes au sein des HSH vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée						
	%HSH			82	Ch.4.12.2	p.110	
19	A été victime de stigmatisation et de discrimination dans les 12 derniers mois						
	% de HSH	10	14	12	<u>Tableau IV. 32</u>	p.98	
20	Pourcentage de personnes parmi les HSH de 15 à 49 ans qui rapportent des attitudes discriminatoires à l'en- contre des personnes vivant avec le VIH						
	% de HSH	46	30	41	<u>Tableau IV. 26</u>	p.91	
21	A pris la PrEP au cours des six derniers mois						
	% de HSH	0	0	0	<u>Tableau IV. 27</u>	p.92	

4.2. APERÇU GÉNÉRAL DE L'ÉCHANTILLON

4.2.1. Caractéristiques des graines

L'échantillon total de cette enquête a été constitué à partir de six (6) graines⁶ dont deux (2) par site d'enquête. Les tailles des réseaux sociaux⁷ des graines HSH vont de 15 à 30 pour Nouakchott, 16 à 20 pour Nouadhibou et Rosso. L'âge des graines HSH varie de 23 ans à 35 ans. Dans l'ensemble, trois graines n'ont jamais été marié (Rosso, Nouadhibou, Nouakchott), deux graines sont actuellement mariées (Nouadhibou, Nouakchott) et une graine à Rosso est divorcé/Séparé.

Cinq (5) des graines sont des passifs ou réceptifs, une (1) par contre est actif ou insertif. Le nombre total de recrues par graine varie de 32 à 138. D'une manière générale, toutes les graines ont atteint au minimum la septième vague de recrutement. Les caractéristiques des six graines choisies pour l'enquête sont décrites dans le tableau IV.1.

Tableau IV. 1: Caractéristiques des graines de l'enquête bio comportementale chez les HSH dans les sites d'enquête

Graine & Site de collecte	Taille réseau social	Statut matrimoniale	Age	Rôle sexuel	Nombre de vagues	Nombre de recrues
1 Nouadhibou	16	Actuellement marié	30	Passif ou réceptif	10	91
2 Nouadhibou	20	Jamais marié	26	Passif ou réceptif	11	37
1 Nouakchott	15	Jamais marié	23	Actif ou insertif	14	105
2 Nouakchott	30	Actuellement marié	25	Passif ou réceptif	13	138
1 Rosso	20	Divorcé/Séparé	35	Passif ou réceptif	11	63
2 Rosso	16	Jamais marié	23	Passif ou réceptif	7	32

⁶ La "graine" ou "semence" représente la première participante recrutée par l'équipe de recherche pour participer à l'étude et commence la chaîne de recrutement. On peut l'appeler le "point de départ" ou la "participante-point de départ". La chaîne de recrutement est constituée de toutes les recrutées à partir d'une "graine"

⁷ Défini en termes du nombre de personnes connues par le HSH qui sont également des HSH et qui vivent dans la même localité

4.2.2. Répartition des HSH par site de collecte

Le tableau ci-après présente la répartition des HSH par site de collecte.

Pour 750 HSH attendus, ce sont 466 qui ont été effectivement enrôlés dans la présente étude au niveau des trois villes objets de l'enquête. La couverture globale des cibles de l'enquête est de 62,1 %. Par ailleurs, aucune des trois villes n'a atteint la taille minimale requise, la ville de Nouakchott étant celle qui a réalisé la meilleure couverture (97,2%) et celle de Rosso qui a enrôlé le moins de HSH avec 38% de couverture.

Tableau IV. 2: Répartition des HSH par site de collecte

Site de collecte	Echantillon prévu	Echantillon constitué	% réalisation pour la ville
Nouadhibou	250	128	51,2
Nouakchott	250	243	97,2
Rosso	250	95	38
Ensemble	750	466	62,1

4.3. CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES DES HSH

Les tableaux ci-dessous présentent les caractéristiques sociodémographiques et sexuelles des HSH.

4.3.1. Age, situation matrimoniale et niveau d'instruction des HSH

Pour l'ensemble des HSH, 70% sont âgés de 15 à 24 ans. En considérant les villes séparément, la tendance majoritaire des HSH âgés de 15 à 24 ans est observée partout avec la ville de Rosso qui a enregistré la plus forte proportion de HSH âgés de 15 à 24 ans (92%) et celle de Nouadhibou la plus faible proportion (57%).

En ce qui concerne la situation matrimoniale, la majorité des HSH (86%) ne se sont jamais mariés. Les villes de Rosso (98%) et Nouadhibou (91%) ont enregistré les plus fortes proportions de HSH qui ne se sont jamais mariés. Seulement 6% des HSH ont déclaré être mariés au moment de l'enquête (8% à Nouakchott et 1% dans les autres villes. Près de trois HSH sur quarante (8%) étaient divorcés ou séparés avec la plus forte proportion observée dans la ville de Nouakchott (9%).

Globalement, par rapport au niveau d'instruction des HSH, ce sont ceux ayant atteint le niveau d'instruction secondaire qui sont les plus représentés (48%). La plus forte proportion parmi ceux-ci est observée dans la ville de Nouakchott (50%). Par ailleurs,

dans les villes de Nouadhibou et Nouakchott respectivement 5% et 2% des HSH ont atteint le niveau d'instruction supérieur.

Tableau IV. 3: Groupe d'âge, niveau d'instruction et situation matrimoniale des HSH, Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Groupe d'âge (Q101)				
15-24	57	68	92	70
25 ans et plus	43	32	8	30
Niveau d'instruction (Q107)				
Pas d'éducation formelle (Jamais scolarisée/ Ecole coranique)	4	10	9	9
Primaire	44	38	51	41
Secondaire	48	50	40	48
Supérieur	5	2	0	2
Situation matrimoniale (Q103)				
	n=128	n=243	n=93	n=464
Jamais marié	91	83	98	86
Actuellement marié	1	8	1	6
Divorcé / Séparé/ Veuf	8	9	1	8

4.3.2.Situation socio-professionnelle et revenu mensuel des HSH

En termes d'occupation professionnelle, 48% des HSH n'ont aucun emploi. La proportion la plus forte des HSH sans emploi est observée dans la ville de Nouakchott (53%). Aussi, 5% des HSH sont des étudiants ; la plus grande proportion de HSH étudiants a été observée à Rosso (13%). Par ailleurs, dans la ville de Nouadhibou, aucun HSH étudiant n'a été enrôlé dans l'étude.

La majorité des HSH (75%) ont déclaré avoir un revenu mensuel de moins de 45 000 MRU. La plus faible proportion de HSH ayant déclaré avoir un revenu mensuel inférieur à 45 000 MRU est observée dans la ville de Nouadhibou (39%) et la ville de Nouakchott a enregistré la plus forte proportion (82%). Un peu plus de deux HSH sur dix (22%) ont déclaré avoir un revenu mensuel situé entre 45 000- 100 000 MRU et 2% ont déclaré avoir un revenu mensuel compris entre 101 000 et 200 000 MRU.

Tableau IV. 4: Situation socio professionnelle et revenu mensuel parmi les HSH, Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n = 466)
Situation socio-professionnelle (Q108)				
Sans travail	30	53	31	48
Travail à plein-temps	10	17	35	18
Travail à mi-temps	60	26	21	29
Étudiant	0	4	13	5
Revenu mensuel MRU (Q113)				
Moins de 45 000	39	82	64	75
45 000-100 000	53	16	32	22
101-200 000	6	2	3	2
Plus de 200 000	2	0	1	0

Par rapport à la nationalité des enquêtés, la majorité des HSH (87%) sont de nationalité Mauritanienne. La plus faible proportion (63%) est observée à Nouadhibou et les plus grandes proportions sont observées à Rosso (99%) puis Nouakchott (88%).

La quasi-totalité des HSH sont circoncis.

Tableau IV. 5: Nationalité des HSH, Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Nationalité (Q110)				
Nationalité Mauritanienne	63	88	99	87
Autre	37	12	1	14
Pays d'origine pour les participants non mauritaniens (Q110__77)				
	(n =128)	(n =243)	(n =95)	(n =466)
Pays d'Afrique francophone	29	12	1	13
Pays d'Afrique Anglophone	7	0	0	1
Durée de résidence pour les participants non mauritaniens (Q111)				
6-12mois	4	0	0	1
1-2ans	24	3	0	5
3 ans et plus	9	9	1	8

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Est circoncis (Q116)				
Oui	98	100	98	100

4.3.3. Orientation et préférence sexuelles des HSH

En ce qui concerne l'orientation sexuelle des HSH, 47% sont des homosexuels (87% à Rosso contre 41% à Nouadhibou et Nouakchott) ; 47% sont des bisexuels (60% à 11% Rosso) et 11% sont des Hétérosexuels.

Dans l'ensemble des villes, par rapport au rôle sexuel « préférentiel », la majorité des HSH (51%) sont des actifs/insertifs (pénétré son partenaire sexuel). La même tendance majoritaire des HSH actifs/insertifs est observée en considérant les villes séparément sauf à Rosso où ce sont les HSH versatiles qui sont majoritaires (66%). Par ailleurs, les HSH passifs/réceptifs représentaient 18% de l'ensemble des HSH enquêtés.

Tableau IV. 6: Orientation et préférence sexuelle chez les HSH, Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Orientation sexuelle (Q115)	n =128	n =243	n =85	n =456
Homosexuel	41	41	87	47
Bisexuel	60	46	11	42
Hétérosexuel	0	14	2	11
Rôle sexuel « préférentiel » (Q203)				
Actif ou insertif	87	53	8	51
Passif ou réceptif	11	18	26	18
Versatile (l'un ou l'autre)	2	29	66	31

Le tableau suivant présente la situation de vie chez les HSH

Près de deux HSH sur trois (63%) vivent avec de la famille sans conjoint. Selon les villes, la plus grande proportion de HSH qui vivent avec de la famille sans conjoint est observée à Rosso (85%), elle est suivie de Nouakchott (63%) et de Nouadhibou (40%).

Par ailleurs, 14% des HSH vivent avec des amis/colocataires, 14% vivent seuls et 8% ont déclaré vivre avec un conjoint.

Près d'un HSH sur cinq (17%) a déclaré avoir des enfants avec une prédominance à Rosso (53%) et la plus faible proportion observée à Nouakchott (15%).

Près de six HSH sur dix (57%) ont déclaré ne pas vivre au moment de l'enquête avec un partenaire sexuel tandis qu'un HSH sur trois (33%) ont déclaré vivre avec un partenaire sexuel homme. La plus forte proportion de HSH ayant déclaré vivre avec un partenaire sexuel homme est enregistrée à Nouakchott (37%).

Tableau IV. 7: Situation de vie des HSH, Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n = 243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n = 466)
Types de personnes avec qui vit le participant (Q102)				
Vit seule	24	14	8	14
Vit avec un conjoint	1	10	6	8
Vit avec de la famille sans conjoint	40	63	85	63
Vit avec des amis / colocataires	34	13	1	14
A des enfants (Q106)				
	n=9	n=28	n=4	n=41
Oui	18	15	53	17
Vit actuellement avec un partenaire sexuel (Q104)				
	n=128	n=242	n=90	n=460
Non	74	51	77	57
Oui, avec un homme	21	37	18	33
Oui, avec une femme	3	10	3	8
Oui avec un homme et avec une femme	2	3	1	3

Concernant les lieux de rencontre des partenaires sexuels masculins, il ressort que la majorité des HSH (95%) utilise Facebook pour rencontrer des partenaires sexuels.

Tableau IV. 8: Lieu de rencontre des partenaires sexuels masculins chez les HSH, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Sites de rencontre (Q118)				
Utilise Gay Romeo/ Planet Roméo pour trouver des partenaires masculins	(n =107) 20	(n =238) 4	(n =10) 0	(n =355) 6
Utilise Grindr pour trouver des partenaires masculins	(n =108) 29	(n =233) 10	(n =25) 62	(n =366) 14
Utilise Tinder pour trouver des partenaires masculins	(n =106) 7	(n =238) 9	(n =10) 0	(n =354) 8
Utilise Hornet pour trouver des partenaires masculins	(n =104) 1	(n =233) 5	(n =7) 0	(n =344) 4
Utilise Facebook pour trouver des partenaires masculins	(n =127) 93	(n =242) 96	(n = 90) 94	(n =459) 95
Utilise Cyberman pour trouver des partenaires masculins	(n =107) 2	(n =239) 11	(n =6) 0	(n =352) 10
Fréquence de visite des sites de rencontre durant les quatre (4) dernières semaines (Q117)				
	(n =128)	(n =242)	(n =92)	(n =462)
Tous les jours	62	48	30	47
Au moins une fois par semaine	18	27	19	25
Moins d'une fois par semaine	5	12	31	14
Jamais durant ces 4 semaines	15	14	21	15

4.4. VIE SEXUELLE, TYPES ET NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS, FREQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS, ET UTILISATION DE PRESERVATIF

Les tableaux ci-dessous rendent compte de la vie sexuelle, des types et du nombre de partenaires sexuels chez les HSH.

4.4.1. Âge au premier rapport sexuel

Moins d'un HSH sur cinq (19%), ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. La plus forte proportion de HSH ayant déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans est observée à Nouadhibou (36%). L'âge moyen au premier rapport sexuel chez les HSH était de 16 ans. Par ailleurs, 15% des HSH

ont déclaré avoir tenu leur premier rapport sexuel avec un homme avant l'âge de 15 ans (28% observée à Nouadhibou contre 12% à Nouakchott.

Tableau IV. 9: Répartition des HSH en fonction de leur Initiation sexuelle, Mauritanie 2024

Variables de	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (Q200)				
Oui	36	17	17	19
Age moyen au premier rapport sexuel (Q200)	15	16	16	16
Premier rapport avec un homme avant l'âge de 15 ans (Q202a)				
Oui	28	12	17	15
Age moyen au premier rapport sexuel avec un homme (Q202a)	16	16	16	16

4.4.2. Nombre de partenaires sexuels masculins différents

En ce qui concerne le nombre de partenaires masculins, un peu plus d'un tiers des HSH (36%) ont déclaré avoir eu un seul partenaire masculin et 64% ont déclaré avoir eu deux partenaires masculins et plus au cours des 6 derniers mois. Dans l'ensemble ainsi que dans chacune des villes, le nombre médian de partenaires sexuels masculins différents que les HSH ont eu au cours des six derniers mois a été estimé à deux (2). Un peu plus de deux HSH sur dix (21%) ont déclaré toujours utiliser systématiquement le préservatif avec leurs partenaires masculins (quel que soit le type de partenaire : régulier, payant ou payé). Selon les villes, la plus grande proportion est observée à Nouadhibou (25%) et la plus faible proportion est enregistré à Rosso (6%).

Tableau IV. 10: Nombre de partenaires sexuels masculins différents au cours des six derniers mois parmi les HSH, Mauritanie 2024

	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Nombre de partenaires sexuels masculins différents au cours des six derniers mois (Q204a)				
1	26	36	45	36
2 et plus	74	64	55	64

	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Nombre médian de partenaires sexuels masculins différents au cours des six derniers mois (Q204a)	2	2	2	2
Utilisation systématique du préservatif avec vos partenaires masculin (quel que soit le type de partenaire : régulier, payant ou payé) (Q208)				
Oui (Toujours)	25	24	6	21

4.4.3.Type de partenaires sexuels (sexe anal), pratiques sexuelles et nombre de partenaires sexuels

Le tableau ci-dessous présente la répartition des HSH selon le type de partenaires sexuels (sexe anal) hommes par site d'enquête.

Il y ressort que la majorité des HSH à savoir 68% ont déclaré avoir tenu des rapports anaux avec des partenaires masculins réguliers au cours des 6 derniers mois. Cette tendance majoritaire est observée dans toute les villes objets de l'enquête (88% à Nouadhibou contre 54% à Rosso).

Aussi, dans l'ensemble des villes, ce sont un peu plus d'un HSH sur deux (54%) qui ont déclaré avoir tenu des rapports anaux avec des partenaires masculins occasionnels au cours des 6 derniers mois. Les plus grandes et faibles proportions de HSH ayant déclaré avoir tenu des rapports anaux avec des partenaires masculins occasionnels au cours des 6 derniers mois sont observées respectivement à Nouadhibou (86%) et à Rosso (37%).

Par ailleurs, 36% des HSH ont déclaré avoir reçu de l'argent contre des rapports sexuels avec un homme au cours des 6 derniers mois, la proportion la plus élevée est observée dans la ville de Rosso (55%).

Tableau IV. 11: Type de partenaires sexuels (sexe anal) hommes par site d'enquête au cours des 6 derniers mois

	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
A eu des rapports anaux avec des partenaires masculins réguliers au cours des 6 derniers mois (Q215)	n =128	n =243	n =95	n =466
Oui	88	68	54	68
A eu des rapports anaux avec des partenaires masculins occasionnels au cours des 6 derniers mois (Q222)	n =128	n =243	n =95	n =466
Oui	86	52	37	54

	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble (n =466)
A reçu de l'argent contre des rapport sexuels avec un homme au cours des 6 derniers mois (Q204b, Q226)				
Oui	n =128 24	n =243 34	n =95 55	n =466 36

Le tableau ci-dessous présente la répartition des HSH en fonction du nombre de partenaires sexuels.

Dans l'ensemble, 45% des HSH ont déclaré avoir eu des rapports sexuels anaux réceptifs. De même, 20% des HSH ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec au moins deux partenaire masculins en même temps (sexe de groupe) au cours des 6 derniers mois (23% à Rosso contre 5% à Nouadhibou). Aussi, près d'un HSH sur cinq (21%) dans l'ensemble ont déclaré avoir eu des rapports sexuels anaux avec une femme. Parmi ces derniers, la majorité a été enregistré à Rosso (65%).

Lorsqu'on s'intéresse au nombre de partenaires masculins réguliers, plus de la moitié des HSH (52%) ont déclaré n'avoir qu'un seul partenaire régulier avec une prédominance à Nouadhibou (70%). Un peu moins d'un HSH sur deux (48%) ont déclaré avoir eu de multiples partenaires masculins réguliers ; avec 53% à Rosso contre 30% à Nouadhibou. Le nombre médian de partenaires sexuels masculins réguliers chez les HSH était d'un (1).

Concernant le nombre de partenaires masculins occasionnels homme, 59% des HSH ont déclaré en avoir eu un (1) avec une prédominance à Nouadhibou (78%) ; 41% ont déclaré avoir eu de multiples partenaires masculins occasionnels avec une prédominance à Rosso (65%) et le nombre médian de partenaires occasionnels homme chez les HSH était d'un (1).

Par ailleurs parmi les HSH ayant des partenaires sexuels payant, près de deux sur trois (65%) ont déclaré en avoir eu de multiple avec une prédominance à Nouakchott (67%) et Rosso (62%) I. Le nombre médian de partenaires payant homme chez les HSH enquêtés a été estimé à deux (2).

L'expression sexualité de groupe est utilisée pour désigner les rapports sexuels qui impliquent au moins trois personnes. Cette pratique présente un risque plus élevé de transmission des IST et du VIH dans le sens qu'une seule personne peut contaminer tout le reste au même moment.

Près de sept HSH sur dix (69%) ont déclaré avoir eu deux et plus de partenaires sexuels femmes payants et par rapport à ceux-ci, le nombre médian de partenaires sexuels femmes payants était de deux (2).

Tableau IV. 12: Pratiques sexuelles et nombre de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois chez les HSH, Mauritanie 2024

Variables de Comportement	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
A eu des rapports sexuels anaux réceptifs (Q210)				
Oui	35	45	48	45
A eu des rapports sexuels avec au moins deux partenaire masculins en même temps (sexe de groupe) au cours des 6 derniers mois (Q212a)				
Oui	5	21	23	20
A eu des rapports anaux avec une femme (Q230 et/ou Q234)				
Oui	21	13	65	21
Nombre de partenaires sexuels réguliers hommes (Q216)				
	n =111	n =166	n = 52	n =329
1	70	49	47	52
Multiple	30	51	53	48
Nombre médian de partenaires sexuels réguliers hommes (Q216)				
	1	2	2	1
Nombre de partenaires sexuels occasionnels hommes (Q223)				
	n = 108	n =125	n =34	n =267
1	78	58	35	59
Multiple	22	42	65	41
Nombre médian de partenaires sexuels occasionnels hommes (Q223)				
	1	1	2	1
Nombre de partenaires masculins ayant payé en échange des rapports anaux au cours des 6 derniers mois (Q227)				
	n = 22	n =63	n = 19	n = 104
1	51	33	38	35
Multiple	49	67	62	65
Nombre médian de partenaires sexuels payants hommes (Q227)				
	1	2	2	2
Nombre de partenaire féminins régulier (Q231)				
	n = 23	n =31	n =55	n =109
1	72	36	25	35
Multiple	28	64	75	65
Nombre médian de partenaires sexuels réguliers femmes (Q231)				
	1	2	2	2
Nombre de partenaire féminins occasionnels (Q235)				
	n = 20	n =14	n =51	n =85
1	70	37	29	37
Multiple	30	63	71	63
Nombre médian de partenaires sexuels occasionnels femmes (Q235)				
	1	2	5	2

Variables de Comportement	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Nombre de partenaires sexuels femmes payants (Q412)	n = 2	n =8	n =35	n =45
1	100	36	25	31
2 et plus	0	64	75	69
Nombre médian de partenaires sexuels femmes payants (Q412)	1	2	2	2

4.4.4. Utilisation du préservatif

Parmi les HSH ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires masculins au cours des 6 derniers mois, plus de quatre HSH sur cinq (84%) ont déclaré avoir utilisé un préservatif au dernier rapport sexuel. La ville ayant enregistré la plus forte proportion d'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel est Nouakchott (90%).

Près de cinq HSH sur sept (70%) ont déclaré avoir utilisé le préservatif avec le dernier partenaire régulier masculin avec prédominance à Nouakchott (75%). La même tendance est observée dans le cas de l'utilisation du préservatif avec le dernier partenaire masculin occasionnel avec 63% dans l'ensemble et une forte proportion observée à Nouakchott (67%).

Sept HSH sur dix (70%) parmi ceux qui ont des partenaires masculins qu'ils payent ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin qu'ils ont payé. Par ailleurs, 69% des HSH ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel anal avec partenaire masculin qui les ont payés avec une prédominance observée à Nouakchott (75%).

En ce qui concerne le dernier rapport sexuel anal réceptif tenu par les HSH au cours des 6 derniers mois, 42% des HSH ont déclaré avoir utilisé le préservatif. Par ailleurs, 5% (26% à Nouadhibou contre 2% à Nouakchott et Rosso) des HSH ont déclaré avoir eu un rapport insertif/actif non protégé lors de leur dernier rapport sexuel avec un homme.

Plus de six HSH sur dix (62%) parmi ceux qui ont des rapports sexuels anaux avec des partenaires féminines occasionnelles ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel anal avec une partenaire féminine occasionnelle. Tandis que 57% des HSH parmi ceux qui ont des rapports sexuels anaux avec des partenaires féminines régulières ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel anal avec une partenaire féminine régulière.

Trois HSH sur quatre (75%) parmi ceux qui ont des rapports sexuels anaux payant avec des partenaires féminines au cours des 6 derniers mois, ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel anal payant avec une partenaire féminine.

Tableau IV. 13: Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois, par type de pratique sexuelles et de partenaires sexuels chez les HSH, Mauritanie 2024

Variables de Comportement	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Avec un partenaire masculin (Q209)				
Oui	n =117 67	n = 193 90	n = 51 61	n = 361 84
Au dernier rapport anal réceptif (Q211b)				
Oui	n = 124 31	n = 227 45	n = 82 38	n = 433 42
Avec un partenaire régulier masculin (Q217)				
Oui	n = 111 59	n =166 75	n = 52 44	n = 329 70
Avec un partenaire masculin occasionnel (Q224)				
Oui	n = 108 50	n =125 67	n = 34 49	n = 267 63
Avec un partenaire masculin que vous avez payé (Q406)				
Oui	n =12 57	n = 42 76	n = 22 44	n = 76 70
Avec un partenaire masculin qui vous a payé (Q401)				
Oui	n = 22 63	n = 59 75	n = 33 46	n = 114 69
HSH ayant eu un rapport insertif/actif non protégé lors de votre dernier rapport sexuel avec un homme (tous les HSH sont au dénominateurs) Q203=1 et Q209				
Oui	n = 128 26	n = 243 2	n = 95 2	n = 466 5
Au dernier rapport sexuel vaginal avec partenaire féminin que vous avez payé (Q409)				
Oui	n = 13 36	n = 11 38	n = 51 72	n = 75 59
Au dernier rapport sexuel anal avec une partenaire féminine régulière (Q232)				
Oui	n = 23 43	n = 31 55	n = 55 64	n = 109 57
Au dernier rapport sexuel anal avec une partenaire féminine occasionnelle (Q236)				
Oui	n = 20 36	n = 14 86	n = 51 55	n = 85 62
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel anal payant avec une femme au cours des 6 derniers mois (Q417)				
Oui	n = 2 100	n = 8 71	n = 35 76	n = 45 75

Le tableau ci-dessous décrit la répartition des HSH en fonction de l'utilisation systématique de préservatif et leurs pratiques sexuelles.

Parmi les HSH ayant pratiqué une sexualité de groupe au cours des 6 derniers mois, 17% l'ont fait utilisant toujours le préservatif.

Un HSH sur cinq (21%) ont déclaré avoir toujours utilisé systématiquement le préservatif lors du sexe anal réceptif au cours des 6 derniers mois. Les villes de Nouadhibou (39%) et de Rosso (5%) ont enregistré respectivement le plus grand et le plus faible pourcentage de HSH ayant déclaré avoir toujours utilisé le préservatif lors du sexe anal réceptif au cours des 6 derniers mois.

Un HSH sur cinq (20%) ont déclaré utiliser systématiquement de préservatif avec des partenaires féminins réguliers (28% à Nouakchott contre 11% à Rosso).

Tableau IV. 14: Utilisation systématique du préservatif au cours des 6 derniers mois chez les HSH, Mauritanie 2024

Variable	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
A toujours utilisé le préservatif lors de la sexualité de groupe durant les 6 dernier mois (Q213)				
	n = 6	n = 56	n = 23	n = 85
Oui (Toujours)	46	18	10	17
Utilisation systématique du préservatif lors du sexe anal réceptif au cours des 6 derniers mois (Q211a)				
	n = 50	n = 117	n =46	n = 213
Oui (Toujours)	39	22	5	21
Utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels masculins au cours des 6 derniers mois (Q225)				
	n=108	n=125	n=34	n=267
Oui (Toujours)	22	17	4	17
Fréquence d'utilisation du préservatif avec les partenaires masculins payants au cours des 6 derniers mois (Q229)				
	n=22	n=63	n=19	n=104
Oui (Toujours)	34	22	7	21
Utilisation systématique du préservatif avec partenaire féminin régulier (Q233)				
	n=23	n=31	n=55	n=109
Oui (Toujours)	16	28	11	20

Les données issues des entretiens individuels directifs avec les informateurs clés confirment la faible utilisation systématique du préservatif par les HSH lors des rapports sexuels comme en témoigne le verbatim ci-dessous.

« Je suggère qu'on sensibilise plus, les HSH sur les dangers de non protection, parce qu'il y a certains parmi eux qui n'aiment pas utiliser les préservatifs, aussi bien quand ils sont passifs ou actifs. Quand tu leur donnes ça, ils attendent de sortir pour le jeter. D'autres préfèrent faire leur commerce sur ça en vendant les paquets car, dans certaines zones comme *Chami* (ville aurifère, située entre Nouakchott et Nouadhibou), le paquet coûte très cher et ils peuvent le vendre à 2000 MRU. Il y a une forte spéculation dans les zones où l'activité sexuelle se pratique le plus (Zones portuaires, minières et transfrontalières. ». EID informateurs clés HSH

Concernant l'utilisation du préservatif, près de quatre HSH sur cinq (78%) ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec un partenaire sexuel. Les plus grandes proportions de HSH ayant déclaré avoir utilisé un préservatif avec un partenaire sexuel ont été enregistrées dans les villes de Nouadhibou (95%) et de Nouakchott (79%).

Parmi les HSH qui ont utilisé des préservatifs avec des partenaires masculins au cours des 6 derniers mois, près de deux HSH sur trois (64%) ont déclaré avoir eu une expérience de rupture de préservatif. Les villes ayant enregistré les proportions les plus grandes sont Nouadhibou (85%) et Nouakchott (63%).

Globalement, un peu plus d'un HSH sur dix (14%) ont déclaré avoir eu des difficultés à se procurer des préservatifs en situation de besoin dans les 6 derniers mois. La plus grande proportion est enregistrée à Nouadhibou avec 58% et la plus faible à Nouakchott (3%).

Tableau IV. 15: Utilisation du préservatif depuis l'initiation sexuelle et accès aux préservatifs chez les HSH, Mauritanie, 2024

Variables de Comportement	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
A déjà utilisé un préservatif avec un partenaire sexuel (Q302)	n = 127	n = 243	n = 95	n = 465
Oui	95	79	58	78
A eu des difficultés à se procurer des préservatifs en situation de besoin dans les 6 derniers mois (Q1018)				
Oui	58	3	45	14
Non	42	97	55	86
A déjà acheté des préservatifs (Q301)				
Oui	69	14	54	25
A eu une expérience de rupture de préservatif au cours des 6 derniers mois, parmi ceux qui ont utilisé des préservatifs avec des partenaires masculins au cours des 6 derniers mois (Q303)	n = 121	n = 195	n = 56	n = 372
Oui (Toujours)	7	5	0	5
A eu une expérience de rupture de préservatif au cours des 6 derniers mois, parmi ceux qui ont utilisé des préservatifs avec des partenaires masculins au cours des 6 derniers mois (Q303)	n = 121	n = 195	n = 56	n = 372
Oui (Parfois /Souvent et toujours)	85	63	44	64

4.4.5. Exposition au sexe non protégé

Le tableau ci-dessous présente la répartition des HSH en fonction de leur exposition au sexe non protégé par type de pratiques sexuelles et de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois.

Près de quatre HSH sur cinq (79%) ont déclaré avoir eu un rapport anal réceptif non protégé au cours des 6 derniers mois. Les villes ayant enregistré les plus grandes proportions sont Rosso avec 95% des HSH et la ville de Nouakchott (78%).

Quel que soit le type de partenaire masculin (régulier, payant ou payé), 79% des HSH ont déclarés avoir eu un rapport sexuel non protégé avec leurs partenaires ; la plus grande proportion est observée dans la ville de Rosso (94%). Un peu plus de quatre HSH sur cinq (83%) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels non protégés lors de la sexualité de groupe au cours des 6 derniers mois.

Selon le type de partenaire ; 82%, 84%, 79%, 55% des HSH ont déclaré avoir eu des rapports non protégés respectivement avec des partenaires masculins réguliers, des partenaires occasionnels masculins, des partenaires masculins payants et des partenaires masculins payé.

De même, 83% des HSH ont déclaré avoir tenu des rapports sexuels non protégés lors du sexe en groupe au cours des 6 derniers mois.

Tableau IV. 16: Exposition au sexe non protégé par type de pratiques sexuelles et de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois chez les HSH, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
A eu un rapport anal réceptif non protégé au cours des 6 derniers mois (Q211a)	n =50	n =117	n =46	n =213
Non protégé (Jamais/Parfois/Souvent)	62	78	95	79
A eu un rapport sexuel non protégé avec vos partenaires masculins (quel que soit le type de partenaire : régulier, payant ou payé) au cours des 6 derniers mois (Q208)				
Non protégé (Jamais/Parfois/Souvent)	75	76	94	79
A eu des rapports non protégés lors de la sexualité de groupe au cours des 6 derniers mois (Q213)	n = 6	n = 56	n = 23	n = 85
Non protégé (Jamais/Parfois/Souvent)	54	82	90	83
A eu des rapports non protégés avec les partenaires réguliers masculins au cours des 6 derniers mois (Q218)				
Non protégé (Jamais/Parfois/Souvent)	81	80	100	82
A eu des rapports non protégés avec les partenaires occasionnels masculins au cours des 6 derniers mois (Q225)	n =108	n =125	n =34	n =267

	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Non protégé (Jamais/Parfois/Souvent) A eu des rapports non protégés avec des avec les partenaires masculins payants (client) au cours des 6 derniers mois (Q229)	78	83	96	84
	n =22	n =63	n =19	n =104
Non protégé (Jamais/Parfois/Souvent) A eu des rapports non protégés avec des avec les partenaires masculins qui vous ont payé au cours des 6 derniers mois (Q402)	66	78	93	79
	n =15	n =46	n =15	n =76
Non protégé (Jamais/Parfois/Souvent) A eu des rapports non protégés avec des avec les partenaires réguliers féminins au cours des 6 derniers mois (Q233)	21	53	86	55
	n =23	n =31	n =55	n =109
Non protégé (Jamais/Parfois/Souvent) A eu des rapports non protégés avec des avec les partenaires occasionnels féminins au cours des 6 derniers mois (Q237)	84	72	89	80
	n =20	n =14	n =51	n =85
Non protégé (Jamais/Parfois/Souvent) A eu des rapports non protégés avec des avec les partenaires féminins que vous avez payé au cours des 6 derniers mois (Q414)	73	67	95	83
	n =2	n =8	n =35	n =45
Non protégé (Jamais/Parfois/Souvent)	50	96	96	95

NB : La proportion d'individus exposés au sexe non protégé dans les 6 derniers mois se calcule à partir de deux variables : « fréquence d'utilisation du préservatif dans les 6 derniers mois » et « Nombre de partenaire de ce type dans les 6 derniers mois ». Ceux qui n'ont pas eu de partenaire sont recodés comme non exposés.

4.4.6. Utilisation de lubrifiant chez les HSH

Le tableau suivant présente l'utilisation de lubrifiant chez les HSH.

Près de deux HSH sur trois (64%) ont déclaré avoir utilisé du lubrifiant pour les rapports sexuels au cours des 6 derniers mois, avec les villes de Nouakchott (72%) et Nouadhibou (69%) comme celles ayant enregistré les proportions les plus élevées.

S'agissant du type de lubrifiant utilisé habituellement par les HSH, ils se présentent par ordre décroissant comme ci-après :

- 62% des HSH ont déclaré avoir utilisé du lait corporel, lotion pour les mains ;
- 56% des HSH ont déclaré avoir utilisé du lubrifiant à base d'eau lors de tous les rapports avec des partenaires masculins au cours des 6 derniers mois ;
- 53% des HSH ont déclaré avoir utilisé du lubrifiant à base d'eau avec des préservatifs lors des rapports anaux ;
- 29% des HSH ont déclaré avoir utilisé de la vaseline ou pommade ;
- 5% des HSH ont déclaré avoir utilisé de la salive ;
- 4% des HSH ont déclaré avoir utilisé du beurre ou de l'huile de cuisson.

Tableau IV. 17: Répartition des HSH selon l'utilisation de lubrifiant

Variables de Comportement	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
A utilisé du lubrifiant pour les rapports sexuels au cours des 6 derniers mois (Q305)				
Oui	69	72	17	64
A utilisé du lubrifiant à base d'eau lors de tous les rapports avec des partenaires masculins au cours des 6 derniers mois (Q307)				
	n =88	n = 179	n=17	n = 284
Oui (Toujours)	76	53	59	56
Utilise habituellement du lubrifiant à base d'eau avec des préservatifs lors des rapports anaux (Q308)				
	n = 83	n = 175	n=11	n = 269
Oui (Toujours)	17	59	13	53
Utilise habituellement de la vaseline ou pommade comme lubrifiant (Q306)				
	n =88	n = 179	n=17	n = 284
Oui (Vaseline, Pommade)	48	26	44	29
Utilise habituellement du beurre ou de l'huile de cuisson comme lubrifiant (Q306)				
	n =88	n = 179	n=17	n = 284
Oui	1	4	12	4
Utilise habituellement le lait corporel, lotion pour les mains				
	n =	n =	n =	n =
	49	65	31	62
Utilise habituellement de la salive				
	n =88	n = 179	n=17	n = 284
	1	5	13	5

4.5. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

4.5.1. Connaissance sur les infections sexuellement transmissibles

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) facilitent l'entrée du VIH dans le corps et constituent de ce fait un facteur de vulnérabilité au VIH. Le tableau III. 1 ci-dessous renseigne sur la connaissance des signes ou symptômes d'IST chez les HSH.

Le pourcentage de HSH qui ont déclaré avoir déjà entendu parler des IST autres que le VIH était de 66%. Nouadhibou (87%) et Nouakchott (62%) affichent respectivement la plus grande et la plus faible proportion de HSH ayant déclaré avoir déjà entendu parler des IST autres que le VIH.

Tableau IV. 18: Connaissance des IST parmi les HSH, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
A déjà entendu parler des maladies qui peuvent être transmises par voie sexuelle autres que le VIH/sida (Q501)				
Non	13	38	26	34
Oui	87	62	74	66
A été testé pour une IST au cours des 3 derniers mois (Q502)				
	n =109	n =152	n =71	n =332
Oui	10	20	22	19

4.5.2. IST, recours au traitement et comportement adopté en cas d'IST

Dans l'ensemble, 5% des HSH ont déclaré avoir présenté au moins un symptôme d'IST au cours des 12 derniers mois (14% à Rosso contre 3% à Nouadhibou).

Par rapport aux signes/ symptômes d'IST présenté lors des 12 derniers mois, les HSH ont cité spontanément par ordre décroissant :

- Les ulcérations/plaies sur le sexe (10%) ;
- Les démangeaisons au sexe (8%) ;
- Les douleurs génitales (6%) ;
- L'écoulement urétral ou anal anormal (5%).

Dans l'ensemble, 13% des HSH ont déclaré avoir présenté au cours des 12 derniers un épisode d'écoulement urétral ou d'ulcérations génitale ; la plus grande proportion a été observée dans la ville de Nouadhibou (28%) et la plus faible dans la ville de Nouakchott (11%).

Dans l'ensemble des villes enquêtées, 13% des HSH ont déclaré avoir présenté au cours des 12 derniers mois l'un au moins des trois symptômes les plus fréquents d'IST (écoulement urétral ou anal anormal, ulcérations/plaies sur le sexe et végétations vénériennes). Les villes de Nouadhibou et de Nouakchott ont enregistré respectivement la plus grande proportion (28%) et la plus faible proportion (11%) de HSH ayant déclaré avoir présenté au cours des 12 derniers mois l'un au moins des trois symptômes les plus fréquents d'IST.

Tableau IV. 19: Symptômes d'IST rapportés par les HSH, Mauritanie, 2024

Caractéristiques	Nouadhibou %	Nouakchott %	Rosso %	Ensemble %
	(n =128)	(n =243)	(n =95)	(n =466)
A présenté au moins un symptôme d'IST au cours des 12 derniers mois (Q503)				
Oui	3	4	14	5
A eu un écoulement urétral ou anal anormal au cours des 12 derniers mois (Q503)				
Oui	3	4	15	5
A eu des démangeaisons au sexe au cours des 12 derniers mois (Q503)				
Oui	28	2	25	8
A eu des ulcérations/plaies sur le sexe au cours des 12 derniers mois (Q503)				
Oui	27	9	1	10
A eu des végétations vénériennes (crêtes de coq) au cours des 12 derniers mois (Q503)				
Oui	0	1	0	0
A eu des douleurs génitales au cours des 12 derniers mois (Q503)				
Oui	22	4	3	6
A présenté au cours des 12 derniers un épisode d'écoulement urétral ou d'ulcérations génitale (Q503__2 ; Q503__7 ; Q503__10)				
Oui	28	11	13	13
A présenté au cours des 12 derniers mois l'un au moins des 3 symptômes les plus fréquents d'IST (écoulement urétral ou anal anormal, ulcérations/plaies sur le sexe et Végétations vénériennes)				
	n=128	n=243	n=95	n=466
Oui	28	11	13	13

Le tableau ci-dessous présente les recours aux soins des HSH lors du dernier épisode d'IST au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête.

Globalement, 10% des HSH ont déclaré avoir recherché un traitement lors du dernier épisode d'IST (inflammation génitale / anale, un écoulement génital inhabituel ou une ulcération génitale).

Dans l'ensemble des villes objets de l'enquête, les lieux / recours de traitement d'IST utilisés par les HSH lors du dernier épisode d'écoulement ou d'ulcère génital au cours des 12 derniers mois, parmi ceux ayant présenté ces symptômes se présentent de façon décroissante comme ci-dessous :

- A recherché un traitement auprès d'un professionnel de santé (39%) ;
- A utilisé le préservatif avec ses partenaires ou s'est abstenu de rapports sexuels jusqu'à disparition des symptômes (17%) ;
- A pratiqué une automédication ou a consulté un pharmacien (4%).

Tableau IV. 20: Recours aux soins lors du dernier épisode d'IST au cours des 12 derniers mois parmi les HSH, Mauritanie, 2024

Caractéristiques	Nouadhibou % n =128	Nouakchott % n =243	Rosso % n =95	Ensemble % n =466
A recherché un traitement lors du dernier épisode d'IST (inflammation génitale / anale, un écoulement génital inhabituel ou une ulcération génitale) (Q504)				
Oui	5 n =8	10 n =30	12 n =11	10 n =49
A recherché un traitement auprès d'un professionnel de santé lors du dernier épisode d'IST au cours des 12 derniers mois, parmi ceux ayant présentés ces symptômes (Q504)				
Oui (Médecins privés/Centre de santé)	85	36	37	39
S'est auto-médiqué ou à consulté un pharmacien lors du dernier épisode d'IST au cours des 12 derniers mois, parmi ceux ayant présentés ces symptômes (Q504)				
Oui	18	2	10	4
A utilisé le préservatif avec ses partenaires ou s'est abstenu de rapports sexuels jusqu'à disparition des symptômes lors du dernier épisode d'IST au cours des 12 derniers mois, parmi ceux ayant présentés ces symptômes (Q504)				
Oui	5	22	0	17

L'étude s'est également intéressée au comportement adopté par les enquêtés lors du dernier épisode d'IST. Il en ressort que dans l'ensemble, les comportements les plus adoptés étaient par ordre décroissant :

- « Je suis allé chez un médecin privé pour examen et traitement » pour 6% des HSH ;
- « Je suis allé à la pharmacie pour acheter des médicaments » pour 2% des HSH
- « Je suis allé chez une association/ ONG pour examen et traitement » et « J'ai demandé de l'aide à un(e) ami(e) » pour respectivement 1% des HSH.

4.6. DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH-ACCES AUX TRAITEMENTS ANTI RETRO VIRAUX ET A LA CHARGE VIRALE

4.6.1. Accès aux services de dépistage du VIH

L'accès aux services de dépistage du VIH quel que soit la stratégie/l'approche (médicalisée ou communautaire) est un élément essentiel dans le dispositif de

prévention. Pour cette raison, une série de questions a été posée aux HSH afin d'apprécier leur connaissance et préférence en termes de services VIH d'une part, l'utilisation et le coût desdits services d'autre part.

Globalement, 30% des HSH enquêtés à savoir 35% à Nouakchott contre 7% à Rosso ont déclaré connaître un endroit où ils peuvent réaliser le test de dépistage du VIH.

Les lieux de dépistage du VIH les plus connus des HSH se présentent par ordre décroissant ainsi qu'il suit :

- Hôpital/ centre de santé (22%) ;
- Associations/Pairs éducateurs (12%) ;
- Relais communautaire (3%) ;
- Centre de dépistage mobile (1%).

S'agissant de la préférence en termes de lieu/structure pour la réalisation du test de dépistage du VIH, deux catégories de structures ont été plus citées :

- Hôpital/centre de santé pour trois HSH sur cinq (16%) ;
- Associations identitaires à travers les pairs éducateurs (13%).

Par ailleurs, les relais communautaire (1%) et les centres de dépistage mobile ou au laboratoire privé (1%) ont été également cités.

Tableau IV. 21: Accès aux services de dépistage du VIH par les HSH, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Connait un lieu où réaliser le test de dépistage du VIH dans cette ville (Q505)				
Oui	28	35	7	30
Lieu de dépistage du VIH connu dans cette ville (Q506)				
Sait que l'on peut se faire dépister à Hôpital/Centre de santé				
Oui	20	25	3	22
Sait que l'on peut se faire dépister au niveau des associations/Pairs éducateurs				
Oui	21	12	5	12
Sait que l'on peut se faire dépister par les relais communautaire				
Oui	13	1	3	3
Sait que l'on peut se faire dépister au centre de dépistage mobile				
Oui	1	1	1	1
Sait que l'on peut se faire dépister au laboratoire privé				
Oui	1	0	0	0
Lieu/structure de préférence pour la réalisation du test de dépistage du VIH (Q507)				
Sait que l'on peut se faire dépister à Hôpital/Centre de santé				

	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Oui	4	20	3	16
Sait que l'on peut se faire dépister au niveau des associations/Pairs éducateurs				
Oui	23	13	1	13
Sait que l'on peut se faire dépister par les relais communautaires				
Oui	0	0	2	1
Sait que l'on peut se faire dépister à un autre endroit (Centre de dépistage mobile et laboratoire sont recodés en autres)				
Oui	0	1	0	1

4.6.2. Test de dépistage du VIH et accès aux traitements anti retro viraux et à la charge virale

Dans l'ensemble, un HSH sur quatre (25%) ont déclaré avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH, les villes de Nouakchott (29%) et Rosso (8%) ont présenté respectivement la plus grande et la plus faible proportion de HSH ayant déclaré avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH. Un peu plus d'un HSH sur dix (12%) ont déclaré avoir fait leur test de dépistage du VIH au cours des 6 derniers mois.

En ce qui concerne la fréquence de soumission au dépistage au cours des 12 derniers mois, il ressort que 68 des HSH parmi ceux ayant affirmé avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH, n'ont fait leur test qu'une fois durant cette période ; tandis que 15% ont déclaré l'avoir fait deux fois et plus.

Par ailleurs, 22% des HSH ont déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou savent qu'ils vivent avec le VIH. La plus grande proportion étant observée à Nouakchott (25%) et la plus faible à Rosso (6%).

Tableau IV. 22: Test de dépistage du VIH parmi les HSH, Mauritanie, 2024

	Nouadhibo u % (n =128)	Nouakchot t % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensembl e % (n =466)
A déjà effectué un test de dépistage du VIH (Q508)				
Oui	23	29	8	25
Testé dans les 6 derniers mois (Q509_1)				
Oui	10	14	2	12
Fréquence de soumission au dépistage au cours des 12 derniers mois (Q510)				
	n =20	n =63	n =5	n =88
Une fois	90	66	79	68
Deux et plus	5	15	21	15
Aucun	5	19	0	17
A été testé pour le VIH dans les 6 derniers mois et a reçu les résultats (Q509 et Q511)				
	(n =128)	(n =243)	(n =95)	(n =466)

	Nouadhibo u % (n =128)	Nouakchot t % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensembl e % (n =466)
A été testé pour le VIH dans les 12 derniers mois et a reçu les résultats (Q509_1 et Q511)	14	21	4	18
	n =31 60	n =83 73	n =9 52	n =123 71
Pourcentage de personnes issues des HSH qui déclarent avoir subi un test de dépistage du VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou qui savent qu'elles vivent avec le VIH (%) * (Q509_1_2 ; Q512 ; Q508)	n =128 14	n =243 25	n =95 6	n =466 22

4.6.3. Accès aux traitements antirétroviraux, à la charge virale et au soutien à l'endroit des PVVIH

La prise en charge globale de toute personne vivant avec le VIH (personne ayant connaissance et conscience de son statut sérologique positif au VIH) nécessite une mise sous traitement antirétroviral à vie associé à un suivi virologique périodique à travers le dosage de la charge virale et à un soutien individuel ou de groupe. Ces données sont essentielles pour apprécier le deuxième et le troisième 95 de l'ONUSIDA.

Pour cette raison, une série de questions ont été posées aux HSH afin d'apprécier leur accès aux traitements antirétroviraux et à l'examen de la charge virale pour les HSH séropositifs.

De façon générale, 10% (13% à Nouakchott, 1% à Nouadhibou et 0% à Rosso) des HSH ont déclaré avoir eu un résultat positif au dernier test de dépistage du VIH. L'ensemble des 40 HSH qui ont déclaré avoir eu un résultat positif au dernier test VIH ont affirmé être sous traitement antirétroviral. Parmi les HSH ayant déclaré être sous ARV, 44% ont affirmé avoir déjà fait une mesure de la charge virale au cours des 6 derniers mois. Environ un HSH sur quatre (24%) parmi ceux qui étaient sous ARV depuis plus de six mois ont déclaré avoir fait la CV dans les 12 derniers mois. Parmi les HSH ayant eu les résultats de leur charge virale, 40% étaient détectables et 8% étaient non détectables. Par ailleurs, 24% des HSH sous ARV ont déclaré avoir déjà assisté à un groupe de soutien pour les personnes vivant avec le VIH.

Tableau IV. 23: Accès au traitement anti-retro viraux et charge virale parmi les HSH, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
A reçu un résultat positif au dernier test (Q512)				
Oui	1	13	0	10
Est sous traitement antirétroviral parmi celles qui se savent VIH+ (Q513)				
	n =2	n =37	n =1	n =40
Oui	100	100	100	100
Nombre de mois depuis l'initiation au traitement antirétroviral (Q514)				
Entre 1 et 6 mois	0	26	0	26
Entre 6 et 12 mois	21	21	0	21
Plus de 12 mois	80	53	100	54
A déjà fait une mesure de la charge virale parmi celle ayant initié le traitement depuis plus de 6 mois (Q515a)				
	n =2	n =30	n =1	n =33
Oui	0	45	0	44
Période de réalisation de la dernière mesure de la charge virale parmi celle ayant initié le traitement depuis plus de 6 mois (Q515b)				
	n =2	n =30	n =1	n =33
Dans les 12 mois	0	25	0	24
> 12 mois	0	9	0	9
Résultat du dernier examen de la charge virale (Q516)				
	n =0	n =15	n =0	n =15
CV détectable	0	40	0	40
CV non détectable	0	8	0	8
Ne sait pas / NSP	0	53	0	53
A déjà assisté à un groupe de soutien pour les personnes vivant avec le VIH (Q517)				
	n =2	n =37	n =1	n =40
Oui	24	24	0	24

4.7. CONNAISSANCES, OPINIONS ET ATTITUDES VIS-A-VIS DU VIH/SIDA

4.7.1. Connaissance en matière de prévention du VIH

Le tableau ci-dessous présente la répartition des HSH en fonction de leur connaissance des moyens de se prévenir du VIH et du rejet des fausses croyances relatives à la transmission du VIH.

Les données indiquent que 72% des HSH ont déjà entendu parler du VIH avec des disparités entre les villes. C'est la ville de Nouadhibou (91%) qui a enregistré le plus fort pourcentage parmi ceux qui ont déjà entendu parler du VIH suivi de la ville de

Rosso (90%) et celle de Nouakchott qui a enregistré la plus faible proportion avec 66%.

L'un des indicateurs clés de cette enquête est la connaissance des HSH sur les moyens de se prévenir du VIH et le rejet des fausses croyances relatives à la transmission du VIH. Selon l'ONUSIDA, cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à la série des cinq questions suivantes :

1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire non infecté et qui n'a pas d'autres partenaires ?
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?
3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?
4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?
5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?

Globalement pour l'ensemble des trois villes, c'est 26% des HSH qui ont une bonne connaissance en matière de prévention du VIH (bonnes réponses aux 5 questions). Cependant, la bonne connaissance du VIH est très variable selon les villes d'enquête. La ville de Nouakchott (30%) est celle qui présente la plus grande proportion de bonne connaissance en matière de prévention du VIH chez les HSH et celle de Rosso (12%) celle qui a enregistré la plus faible proportion de bonne connaissance en matière de prévention du VIH. Par ailleurs, 19% des HSH à Nouadhibou avaient une bonne connaissance en matière de prévention du VIH.

Tableau IV. 24: Connaissance des moyens de se prévenir du VIH et rejet des fausses croyances relatives à la transmission du VIH, Mauritanie, 2024

Variables de connaissances des modes de transmission	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
A déjà entendu parler du VIH/Sida (Q601)				
Oui	91	66	90	72
	n = 128	n =243	n =95	n =466
Sait qu'on peut réduire le risque de transmission du VIH en ayant un seul partenaire sexuel non infecté et qui est lui-même fidèle (Q604)	86	51	74	58
Sait que le risque de transmission du VIH peut être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport sexuel (Q605)	88	55	72	61
Sait qu'une personne en bonne santé physique peut être porteuse du VIH (Q603)	82	56	34	60
Sait qu'on ne peut pas attraper le VIH par des piqûres de moustiques (Q602)	44	34	29	37

Variables de connaissances des modes de transmission	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Sait qu'on ne peut attraper le VIH en partageant un repas avec une personne infectée par le VIH (séropositive) (Q606)	40	45	58	46
Connait les moyens de se prévenir du VIH et rejette les fausses croyances/ Bonne connaissance en matière de prévention du VIH (bonnes réponses aux 5 questions) *	19	30	8	26

4.7.2. Bonne connaissance en matière de prévention du VIH selon l'âge et le niveau d'instruction

En général, trois HSH sur dix parmi ceux âgés de 25 ans et plus (30%) avaient une bonne connaissance en matière de prévention du VIH avec une prédominance à Nouakchott (35%) ; 24% parmi les HSH âgé de 15-24 ans avaient également une bonne connaissance en matière de prévention du VIH. En ce qui concerne le niveau d'instruction, ce sont les HSH de niveau secondaire qui présentent la plus grande proportion de bonne connaissance en matière de prévention du VIH (34%).

Tableau IV. 25: Bonne connaissance en matière de prévention du VIH selon l'âge et le niveau d'instruction

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Age (Q101)				
15-24 ans	22	28	8	24
25 ans et plus	15	35	0	30
Instruction (Q107)				
Pas d'éducation formelle (Jamais scolarisée/ Ecole coranique)	0	17	0	13
Primaire	13	22	7	19
Secondaire	28	38	10	34
Supérieur	0	36	0	27

4.7.3. Comportement des HSH vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

A partir de la réponse aux deux questions ci-après impliquant les personnes vivant avec le VIH, un indicateur composite « **Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH** » a été calculé. D'une manière générale, cet indicateur composite constitue une mesure de l'ampleur des discriminations du fait du VIH par les HSH.

- Achèterait de la nourriture ou des légumes d'une personne infectée par le VIH ?
- Pense qu'un élève ou un étudiant porteur du VIH et non-malade peut continuer d'aller à l'école ou à l'université ?

Dans l'ensemble, le pourcentage de HSH de 15 à 49 ans qui font état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH est de 41% (75% à Rosso, 39% à Nouakchott et 7% à Nouadhibou).

Tableau IV. 26: Comportement des HSH vis- à-vis des personnes vivant avec le VIH, Mauritanie, 2024

Variables d'attitudes vis-à-vis PVVIH	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Partagerait un repas avec une personne que vous savez infectée par le VIH ou malade du Sida (Q607)				
Oui	n =109 95	n =166 67	n =86 31	n =361 64
Serait prête à porter assistance dans ses soins à un partenaire masculin infecté par le VIH ou malade du Sida (Q608)				
Oui	n =111 99	n =166 97	n =86 69	n =363 91
Pense qu'on doit garder comme secret de famille le statut sérologique d'un membre de la famille infecté par le VIH (Q611)				
Oui	n =113 99	n =166 83	n =86 51	n =365 80
Pense qu'un élève ou un étudiant porteur du VIH et non-malade peut continuer d'aller à l'école ou à l'université (Q609)				
Oui	n =112 93	n =166 70	n =86 54	n =364 71
Achèterait de la nourriture ou des légumes d'une personne infectée par le VIH (boutiquier ou un vendeur) (Q610)				
Oui	n =112 93	n =166 62	n =86 29	n =364 61
Pourcentage de personnes parmi les HSH de 15 à 49 ans qui rapportent des état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH. (Q609 ou Q610)	n =113 7	n =161 39	n =86 75	n =360 41

4.8. CONNAISSANCE ET COUVERTURE EN MATIERE DE PROPHYLAXIE PRE-EXPOSITION (PREP) ET POST-EXPOSITION (PPE)

S'agissant de la connaissance et de la couverture en matière de PrEP et de PPE, seulement 2% des HSH ont déclaré avoir déjà entendu parler de PrEP. Parmi ces derniers, 24% des HSH ont déclaré en avoir déjà pris mais aucun n'en a pris au cours des 6 derniers mois. La principale raison énoncée pour n'avoir pas pris la PrEP est « Ne sait pas où l'obtenir / Non disponible où je vis » (84%).

Tableau IV. 27: Connaissance et couverture en matière de prophylaxie Préexposition (PrEP) chez les HSH, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
A déjà entendu parler de la PrEP (Q701)				
Oui	2	3	1	2
A déjà pris la PrEP (Q702)				
	n =3	n =8	n =1	n =12
Oui	0	28	0	24
A pris la PrEP au cours des six derniers mois (Q705)				
Oui	0	0	0	0
A pris la PrEP au cours des six derniers mois parmi celles testés négatifs pour le VIH dans les 12 derniers mois (Q705 ; Q512_2 ; Q509_1_2)				
Oui	0	0	0	0
Ne sait pas où obtenir la PrEP ou pense que ce traitement est indisponible où il vit, parmi ceux qui ne l'ont jamais prise (Q703)				
	n =3	n =6	n =1	n =10
	100	80	100	84
Ne veux pas de la PrEP, a peur des effets secondaire ou a peur que quelqu'un l'apprenne, parmi ceux qui ne l'ont jamais prise				
	0	0	0	0
Lieu d'approvisionnement habituelle de la PrEP (Q707)				
Clinique publique	0	0	0	0
ONG communautaire	0	0	0	0
Pharmacie	0	0	0	0
Amis	0	0	0	0
Autres	0	0	0	0
Régime de prise de la PrEP (Q708)				
Quotidiennement comme prescrit	0	0	0	0
Non-quotidiennement comme prescrit	0	0	0	0
Dernière prise de PrEP (Q709)				

Facteurs	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
7 derniers jours	0	0	0	0
1-2 semaines	0	0	0	0
Plus de 2 semaines	0	0	0	0
Refus/PDR	0	0	0	0

Concernant la PPE, 1% des HSH ont déclaré avoir déjà entendu parler de la PPE avec une prédominance à Rosso (2%).

Tableau IV. 28: Connaissance et couverture en matière de prophylaxie Post-exposition (PPE) chez les HSH, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
A déjà entendu parler de la PPE (Q710)				
	n =128	n =243	n =95	n =466
Oui	1	1	2	1
A déjà pris la PPE (Q711)				
	n =2	n =3	n =2	n =7
Oui	0	0	1	0
A pris la PPE au cours des six derniers mois (Q712)				
Oui	0	0	0	0

4.9. EGALITE DES SEXES, DROITS DE L'HOMME ET ELIMINATION DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION

Dans l'ensemble, un peu plus d'un HSH sur dix (14%) ont déclaré avoir informé un ou des proche (s) qu'ils ont des rapports sexuels avec des hommes. La plus grande proportion a été enregistré à Rosso avec 39%. Les personnes informées, se présentent de façon décroissante ainsi qu'il suit :

- Un frère ou une sœur (33%),
- Son père ou sa mère (11%).

Tableau IV. 29: Information et divulgation de l'orientation sexuelle selon le site d'enquête

Variables de Comportement	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
A informé un ou des proche (s) qu'il a des rapports sexuels avec des hommes (Q801)				
Oui	9	10	39	14

Variables de Comportement	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
Non	91	90	61	87
Personnes prioritairement informée (Q802)	n =13	n =33	n =38	n =84
Son père ou sa mère savent qu'il a des rapports sexuels avec des hommes 1 2	36	16	0	11
Un frère ou une sœur savent qu'il a des rapports sexuels avec des hommes 5	83	51	0	33

4.9.1. Accès aux services de santé par les HSH au cours des 12 derniers mois

Plusieurs questions ont permis d'évaluer l'accès aux services de santé par les HSH. Le tableau ci-après fait le point sur l'accès des HSH aux services de santé au cours des 12 derniers mois.

L'analyse des données du tableau ci-dessus révèle que deux HSH sur cinq (39%) ont déclaré avoir fréquenté un centre de santé ou un hôpital au cours des 12 derniers mois.

Dans l'ensemble, 1% des HSH ont déclaré avoir eu une mauvaise appréciation en tant que HSH du service rendu par les services publics de la santé. Pour cette catégorie, la fréquence de non satisfaction était plus élevée à Nouadhibou (9%).

Il convient également de noter que 2% des HSH ont eu peur de demander des services de santé par crainte que quelqu'un apprenne qu'ils sont HSH. De même, 2% des HSH ont déclaré avoir évité de consulter les services de santé par crainte d'être identifié comme HSH.

Tableau IV. 30: Accès aux services par les HSH au cours des 12 derniers mois, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
A fréquenté un centre de santé ou un hôpital au cours des 12 derniers mois (Q803)	n =128	n =242	n =93	n =463
Oui	19	46	20	39
Estime avoir reçu un service de mauvaise qualité lors de consultation dans un centre de santé ou un hôpital au cours des 12 derniers mois (Q804)				
Mauvaise	9	1	1	1

Facteurs	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n = 243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
Services concernés par le refus d'accès à cause du statut présumé ou réel de HSH au cours des 12 derniers mois (Q805)				
	n = 25	n = 115	n = 18	n = 158
S'est fait refuser l'assistance de la police dans les 12 derniers mois car est HSH	0	0	12	1
S'est fait refuser des préservatifs dans les 12 derniers mois car est HSH	0	3	12	4
S'est fait refuser l'éducation/emploi dans les 12 derniers mois car est HSH	0	0	29	2
S'est fait refuser les transport public/Taxi/bus dans les 12 derniers mois car est HSH	0	1	0	1
S'est fait refuser les services de restauration dans les 12 derniers mois car est HSH	0	1	0	1
S'est fait refuser les services religieux (consultation d'un imam, pasteur, prêtre) dans les 12 derniers mois car est HSH	0	0	18	1
A eu peur de demander des services de santé par crainte que quelqu'un apprenne qu'il est HSH (Q811)				
Oui	5	2	4	2
A évité de consulter les services de santé par crainte d'être identifié comme HSH (Q812)				
Oui	5	1	5	2

4.9.2. Stigmatisation intériorisée

La stigmatisation interne que l'on appelle aussi la stigmatisation « ressentie » ou « l'auto- stigmatisation » est utilisée pour décrire ce qu'un HSH ressent par rapport à lui-même et, notamment, s'il a un sentiment de honte par rapport à son orientation sexuelle. La stigmatisation interne peut entraîner une faible estime de soi, un sentiment de moindre valeur et une dépression. La stigmatisation interne peut aussi amener un HSH à éviter tout contact social et intime ou à s'exclure de l'accès aux

services et aux opportunités, de peur de voir son orientation sexuelle révélée ou d'être victime de discrimination à cause de son orientation sexuelle.

Le tableau ci-après retrace les avis des HSH sur leur ressenti du fait de leur orientation sexuelle.

L'analyse du tableau ci-dessus révèle que près de deux HSH sur cinq (78%) ont déclaré avoir honte d'être un homme qui a des relations sexuelles avec des hommes. Ce sentiment de honte est plus exprimé par les HSH de Nouadhibou (97%) et Rosso (96%). Aussi, 39% des HSH ont déclaré avoir honte de révéler leur orientation sexuelle dans un groupe de HSH, avec une prépondérance dans la ville de Nouadhibou avec 59%. Par ailleurs, 29% de l'ensemble des HSH ont déclaré qu'ils ont honte de dire qu'ils sont HSH lorsqu'ils rencontrent un agent de santé dans leur communauté. La plus grande proportion de HSH qui ont déclaré qu'ils ont honte de dire qu'ils sont HSH lorsqu'ils rencontrent un agent de santé dans leur communauté est observée dans la ville de Nouadhibou (74%).

Tableau IV. 31: Stigmatisation intériorisée parmi les HSH, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n = 243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
A honte d'être un HSH (Q806)	n = 125 97	n = 242 73	n = 91 96	n = 460 78
A honte de dire qu'il est un HSH dans un rassemblement avec d'autres personnes qui sont HSH (Q807)	n = 125 59	n = 242 37	n = 91 30	n = 460 39
A honte de dire qu'il est un HSH lorsque je rencontre un agent de santé dans sa communauté (Q808)	n = 128 74	n = 242 22	n = 91 31	n = 461 29

4.9.3. Expériences de stigmatisation et/ou discrimination et de violation de droits des HSH

La stigmatisation et/ou discrimination peut se produire à différents niveaux (familial, communautaire, institutionnel voir national). Aussi plusieurs questions ont permis de documenter les expériences de stigmatisation et/ou discrimination et de violation de droits des HSH au niveau familial et social.

Dans l'ensemble, 5% des HSH ont rapporté avoir été ou se sont senti exclus des activités familiales à cause de leur statut de HSH dans les 6 derniers mois ; le pourcentage le plus élevé était observé à Rosso (10%) et le plus faible à Nouakchott (4%).

Parmi les interviewés, 6% des HSH ont rapporté avoir déjà eu l'impression que les membres de la famille ont fait des commentaires injustes ou tenus des propos déplacés à leur sujet parce qu'ils sont HSH.

Globalement, 2% des HSH ont rapporté avoir déjà été victime de réprimande à cause de son statut de HSH.

Par ailleurs, 14% des HSH ont déclaré avoir été victime de chantage à cause de leur statut de HSH.

La stigmatisation des populations clés se manifeste par une série de pratiques et d'expériences stigmatisantes, dont la discrimination, qui privent les populations clés d'une pleine acceptation sociale, réduisant ainsi leurs chances dans la vie, les dissuadant d'accéder aux services essentiels et alimentant les inégalités sociales.

L'indicateur composite de stigmatisation et discrimination vécues par les populations clés se construit à partir des trois variables suivantes :

- Vous êtes-vous déjà senti(e) exclu(e) des activités familiales parce que vous [avez des rapports sexuels avec des hommes] ? (non ; oui, au cours des six derniers mois ; oui, mais pas au cours des six derniers mois ; je ne sais pas).
- Quelqu'un vous a-t-il déjà réprimandé parce que vous [avez des rapports sexuels avec des hommes] ? (non ; oui, au cours des six derniers mois ; oui, mais pas au cours des six derniers mois ; je ne sais pas).
- Quelqu'un vous a-t-il déjà fait chanter parce que vous [avez des rapports sexuels avec des hommes] ? (non ; oui, au cours des six derniers mois ; oui, mais pas au cours des six derniers mois ; je ne sais pas).

Dans l'ensemble, 4% des HSH ont rapporté avoir déjà été arrêté (conduit au poste de police ou en prison) parce qu'ils sont HSH au cours des 12 derniers mois, tandis que 1% ont déclaré avoir déjà été arrêté il y'a plus de 12 mois. Notons aussi que 1% des HSH ont cependant avoué avoir évité des services de santé à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois.

Par ailleurs, 12% (14% à Nouakchott, 8% à Rosso et 0% à Nouadhibou) des HSH ont déclaré avoir été victime de stigmatisation et de discrimination dans les 6 derniers mois.

Tableau IV. 32: Evitement des soins et expériences de stigmatisation/discrimination et de violation de droits des HSH au niveau familial et social, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
A eu l'impression que les membres de la famille ont fait des commentaires injustes ou tenus des propos déplacés à votre sujet parce que vous êtes HSH (Q810)				
	n = 128	n = 243	n = 93	n = 464
Oui	6	6	6	6
A été ou s'est senti exclu des activités familiales à cause de son statut de HSH (Q809)				
	n = 128	n = 242	n = 91	n = 461
Oui	6	4	10	5
A été victime de réprimande à cause de votre statut de HSH (Q813)				
Oui	6	2	3	2
A été victime de chantage à cause de votre statut de HSH (Q814)				
Oui	2	17	2	14
Pourcentage des HSH qui rapportent avoir été victime de stigmatisation et de discrimination dans les 12 derniers mois* (Q809, Q813, Q814)				
	n = 128	n = 243	n = 95	n = 466
	0	14	8	12
A déjà été arrêté (conduit au poste de police ou en prison) parce que vous êtes un HSH (Q820)				
Jamais	98	95	99	96
12 derniers mois	1	4	1	4
>12 mois	1	1	0	1
Évitement des services de santé parmi les HSH à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois (Q812):*				
Oui	3	1	3	1

Les données issues des discussions de groupe et des entretiens individuels approfondis confirment la persistance de la discrimination et de la discrimination dont sont victimes les HSH en Mauritanie comme en témoigne le verbatim ci-dessous.

« Les problèmes chez les HSH sont nombreux, ils ne trouvent pas leur droit ici, on se moque d'eux. Quand ils sortent en public, ils sont souvent agressés (verbalement et physiquement). Surtout ceux qui sont malades. Ils n'ont pas de soutien et sont souvent discriminés ou stigmatisés par des proches ou même par la police qui les arrête sans motif valable. Quand ils les fouillent, et trouvent des préservatifs sur eux, c'est comme s'ils ont trouvé de la drogue, on les emprisonne s'ils n'ont pas les moyens de payer les policiers ». (Informateur clés HSH).

4.9.4. Expériences de violence physique et sollicitation de recours par les HSH

Globalement, 9% des HSH ont déclaré avoir été déjà violenté ou brutalisé parce qu'ils sont HSH dans les 12 derniers mois. La proportion de HSH ayant déclaré avoir été déjà violenté ou brutalisé parce qu'ils sont HSH dans les 12 derniers mois par ville se présente ainsi qu'il suit par ordre décroissant :

- Nouakchott (12%) ;
- Nouadhibou (5%) et ;
- Rosso (1%).

Dans l'ensemble des villes, le pourcentage des HSH qui rapportent avoir été forcé à avoir un rapport sexuel contre son gré dans les 12 derniers mois est de 2%.

L'indicateur composite pourcentage de HSH qui déclare avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois se construit à partir de la réponse aux deux questions suivantes :

- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois quelqu'un vous a-t-il fait du mal physiquement, par exemple en vous frappant ou en vous étranglant ou en vous menaçant avec un couteau ou une autre arme ? (Cela ne s'est pas produit au cours des 6 derniers mois, une fois, 2-5 fois, 6-10 fois, 10 fois ou plus, ne sait pas, refuse de répondre)
- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois quelqu'un vous a-t-il trompé, menti ou menacé pour vous obliger à avoir des rapports sexuels alors que vous ne le vouliez pas ? (Cela ne s'est pas produit au cours des 6 derniers mois, une fois, 2-5 fois, 6-10 fois, 10 fois ou plus, ne sait pas, refuse de répondre).

Le numérateur et le dénominateur se définissent comme suit :

***Numérateur** : Nombre de personnes parmi les HSH qui ont déclaré que l'un ou l'autre des incidents leur était arrivé au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

*** Dénominateur** : Nombre total de répondants HSH

Dans l'ensemble, 8% des HSH ont déclaré avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois avec la plus grande proportion observée dans la ville de Nouakchott (10%).

Tableau IV. 33: Expériences de violences physique ou sexuelle dans les 12 derniers mois, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou	Nouakchott	Rosso %	Ensemble
	% (n = 128)	% (n = 243)	(n = 95)	% (n = 466)
A été violenté ou brutalisé car vous êtes un HSH dans les 12 derniers mois (Q815)				
Oui	5	12	1	9

Facteurs	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
A été forcé à avoir un rapport sexuel contre son gré dans les 12 derniers mois (Q819)				
Oui	2	2	0	2
Pourcentage de HSH qui déclare avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois (%) (Q815 ou Q819) *				
Oui	3	10	0	8

Les données issues des discussions de groupe et des entretiens individuels approfondis confirment que les HSH sont victimes de violence comme en témoigne le verbatim ci-dessous.

« Parfois nous rencontrons des problèmes la nuit parce qu'on peut nous appeler tard vers 2h du matin pour leurs fournir des « chaussettes » et souvent c'est la police qui nous attrape ou encore parfois les bandits ou agresseurs comme on dit chez nous ».

Dans l'ensemble, les recours sollicités par les HSH en cas de violence physique dans les 12 derniers mois étaient prioritairement soit la « police » (68%) et les « association/ONG » (22%). Notons que ces recours n'ont été fait que dans la ville de Nouakchott avec respectivement 78% et 22%. Parmi les HSH qui ont sollicité de recours en cas de violence physique dans les 12 derniers, 30% ont déclaré avoir eu une suite par rapport au recours sollicité.

Tableau IV. 34: Sollicitation de recours en cas de violence physique dans les 12 derniers mois, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
N'a rapporté aucun recours pour le dernier épisode (Q817a)				
Oui (PDR pour toutes les modalités)	45	21	0	22
Type de recours sollicité à la suite de la dernière agression physique dans les 12 derniers mois (Q817b)	n =3	n =7	n =0	n =10
A eu recours à la police	0	78	0	68
A eu recours à la famille	0	0	0	0
A eu recours à la communauté	0	0	0	0
A eu recours à une association/ONG	0	22	0	19

Facteurs	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n = 243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
A eu une suite par rapport au recours sollicité dans les 12 derniers mois (Q818)				
	n =3	n =7	n =0	n =10
Oui	0	34	0	30

4.10. CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

Certaines circonstances, notamment la consommation abusive d'alcool et de drogues, peuvent favoriser les rapports sexuels non protégés chez les HSH. Ainsi, le volet comportemental de l'enquête de surveillance de deuxième génération chez les HSH s'est également intéressé à la problématique de la consommation d'alcool et de drogue.

4.10.1. Consommation de boissons alcoolisées

Les données relatives à la consommation de boissons alcoolisées sont présentées dans le tableau ci-après.

D'une manière générale, à la question « Au cours des six derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées ? », 9% des HSH ont déclaré consommer les boissons alcoolisées à l'occasion ; 1% tous les jours. Par ailleurs, 91% ont déclaré n'avoir jamais consommé de boissons alcoolisées au cours des six derniers mois.

Parmi les consommateurs d'alcool, 7% ont déclaré consommer plus de 5 bouteilles de 33cl lors d'une soirée alcoolisée avec une prépondérance à Nouadhibou (17%).

Au cours des 12 derniers mois, il est arrivé à 4% des répondants (3% occasionnellement et 1% toutes les semaines) d'avoir tellement bu qu'ils ne se souvenaient pas de la nuit précédente. Globalement, 3% des HSH ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire masculin sous l'effet de l'alcool au cours des six derniers mois.

Tableau IV. 35: Consommation de boissons alcoolisées parmi les HSH, Mauritanie, 2024

Catégorie	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
A eu des rapports sexuels avec un partenaire masculin sous l'effet de l'alcool au cours des 6 derniers mois (Q907)				
	n =128	n =240	n =91	n =459
Oui (Quelquefois/souvent/toujours)	2	3	1	3
Était sous influence de l'alcool au dernier rapport sexuel avec un homme (Q906)				
	n =127	n =240	n =91	n =458
Oui	1	4	1	3
A eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin sous l'effet de l'alcool pendant les 6 derniers mois (Q907)				
	n =128	n =240	n =91	n =459
Jamais	98	97	99	97
Quelquefois	2	2	0	2
Souvent (Presque chaque fois / Toujours)	0	1	1	1
Fréquence de consommation de boissons alcoolisées au cours des 6 derniers mois (Q901)				
Tous les jours	0	1	0	1
Occasionnellement	16	8	4	9
Jamais	84	92	97	91
Consomme plus de 5 bouteilles de 33cl lors d'une soirée alcoolisée, parmi ceux qui ont consommé de l'alcool (Q902)				
Oui	17	6	4	7
Fréquence de consommation sans modération (n'a pas pu arrêter de boire lorsqu'il a commencé) au cours des 12 derniers mois (Q903)				
	n = 125	n = 238	n = 88	n = 451
Jamais	97	95	96	95
Parfois (Pas tous les mois)	3	3	1	3
Souvent (au moins une fois par mois)	0	2	2	2
Fréquence d'incapacité se souvenir de la nuit précédente parce qu'il avait trop bu, au cours des 12 derniers mois (Q905)				
	n = 127	n = 240	n = 94	n = 461
Jamais	98	95	98	96
Occasionnellement	2	4	1	3
Toutes les semaines	0	1	1	1

4.10.2. Consommation de la drogue

S'agissant de la consommation de la drogue en générale (orale et/ou nasale ou fumée), 4% des HSH ont déclaré avoir consommé l'une au moins de ces substances psycho active (Chanvre indien, Cannabis/Marijuana, cocaïne, héroïne etc.) au cours des 6 derniers mois. Ceux qui ont utilisé le plus des drogues dans les 6 derniers mois sont les HSH de Rosso (5%) et de Nouakchott (4%). Les drogues les plus consommées par ceux qui ont déclaré avoir consommé des stupéfiants dans les 6 derniers mois sont respectivement par ordre décroissant le cannabis (92%), la cocaïne (23%), l'héroïne (23%), la benzodiazépine (15%) et des amphétamines (11%). Notons que les consommateurs de drogue étaient tous dans la ville de Nouakchott.

En ce qui concerne l'injection de drogue, un peu plus d'un HSH sur dix (12%) de l'ensemble des HSH consommateur de drogue ont déclaré s'être injecté de la cocaïne et également 12% ont déclaré s'être injecté de l'héroïne au cours des six derniers mois. Il s'agit essentiellement des HSH de la ville de Nouakchott avec 17% de consommateurs pour chacune des drogues. Par ailleurs, 11% des HSH ayant consommé de la drogue ont déclaré avoir eu des rapports sexuels sous l'effet de la drogue au cours des 6 derniers mois. De plus, près de la moitié des HSH consommant de la drogue (45%) ont déclaré avoir utilisé des stupéfiants lors des rapports sexuels au cours des 6 derniers mois.

Tableau IV. 36: Consommation de drogues parmi les HSH, Mauritanie, 2024

Catégorie	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
A déjà essayé l'une au moins de ces substances psycho active (Chanvre indien, Cannabis/Marijuana, cocaïne, héroïne etc.) (Q908)				
	n = 128	n =240	n =91	n = 459
Dans les 6 derniers mois	4	3	5	4
Oui, mais pas dans les 6 derniers mois	4	1	1	1
Type (s) de drogue (s) consommée (s) par ceux qui ont consommé des stupéfiants dans les 6 derniers mois (Q910)				
	n = 5	n = 8	n = 4	n = 17
A pris du cannabis dans le 6 derniers mois	100	88	100	92
A pris de la cocaïne dans le 6 derniers mois	0	33	0	23
A pris de l'héroïne dans le 6 derniers mois	0	33	0	23
A pris du Benzodiazepines (Tranxene, Valium, Rivotril) dans le 6 derniers mois	0	21	0	15
A pris des amphétamines dans le 6 derniers mois	0	16	0	11

Catégorie	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n = 243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
A pris du MDMA/Ecstasy dans le 6 derniers mois	0	5	0	3
Stupéfiants injectés au cours des 6 derniers mois (Q911)	n = 5	n = 8	n = 4	n = 17
Cocaïne	0	17	0	12
Héroïne	0	17	0	12
A eu des rapports sexuels sous l'effet de la drogue au cours des 6 derniers mois (Q912)	n = 5	n = 8	n = 4	n = 17
Oui (Toujours)	0	16	0	11
Était sous l'effet de stupéfiant au dernier rapport sexuel (Q909)	n = 9	n = 9	n = 5	n = 23
Oui	0	66	60	53
A utilisé des stupéfiants lors des rapports sexuels au cours des 6 derniers mois (Q912)	n = 5	n = 8	n = 4	n = 17
Jamais	80	52	50	55
Quelquefois/ Presque chaque fois (souvent)	20	48	50	45

4.11. ACCES AUX SERVICES, SEANCES D'INFORMATION SUR LE VIH ET OUTILS DE PREVENTION DU VIH

4.11.1. Exposition aux actions de prévention des IST, VIH et sida

L'atteinte des cibles 3x95 nécessite le développement de stratégies de communication ciblées et adaptées à l'endroit des HSH. Aussi, cette étude s'est intéressée à l'exposition aux messages de prévention par les HSH. C'est ce que montre le tableau suivant.

Globalement, 1% des HSH ont déclaré avoir déjà appelé un numéro vert pour parler à quelqu'un du VIH. Un peu plus d'un HSH sur dix (15%) ont déclaré avoir vu, lu ou entendu des messages sur les IST au cours des 6 derniers mois, avec une prédominance à Rosso (32%). De même, un HSH sur dix (10%) ont déclaré avoir vu ou lu des messages écrits sur les IST. La plus grande proportion a été observé également à Rosso (28%).

Plusieurs sources des messages entendus, lus ou vus au cours des six derniers mois sur les maladies qu'on peut attraper au cours des rapports sexuels ont été cités par les HSH. Il s'agit par ordre décroissant de :

- « Radio/ Télévision/ Journaux/ Brochure / affiche » (72%),
- « Personnel de santé / Pairs éducateurs/ Relais communautaire » (40%),

- « A l'école/ Au travail » (18%) et ;
- « Amis / parents/ Conjoint » (17%).

Il en découle que, la « Radio/ Télévision/ journaux/ brochure / affiche » et les « Personnel de santé / Pairs éducateurs/ Relais communautaires » constituent les sources de messages les plus cités par les HSH.

Tableau IV. 37: Exposition aux messages sur les IST/VIH au cours des six derniers mois par les HSH, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
A déjà appelé un numéro vert pour parler à quelqu'un du VIH (Q1007)				
Oui	2	1	0	1
A vu, lu ou entendu des messages sur les IST au cours des 6 derniers mois (Q1000)				
Oui	12	12	32	15
A vu ou lu des messages écrits sur les IST au cours des 6 derniers mois (Q1002)				
	n =127	n =243	n =95	n =465
Oui	11	7	28	10
Sources des messages entendus, lus ou vus sur les maladies qu'on peut attraper au cours des rapports sexuels durant les six derniers mois(Q1001)				
	n =18	n =33	n =31	n =82
Radio/ Télévision/ Journaux/ Brochure / affiche	6	75	86	72
Personnel de santé / Pairs éducateurs/ Relais communautaire	100	30	42	40
Leaders religieux	0	0	0	0
Amis / parents/ Conjoint	79	15	4	17
A l'école/ Au travail	0	27	4	18

L'étude a exploré à travers certaines questions l'accès par les HSH aux mesures de prévention (préservatifs et gels lubrifiants). Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Dans l'ensemble, les HSH qui avaient reçu des préservatifs gratuits, les avaient reçus principalement des ONG (92%) et des centres de santé (52%). Les PE étaient une source marginale de préservatif gratuits puisque ne couvrant que 8% des HSH.

Notons que la majorité des HSH ayant reçu des préservatifs de ces différentes sources se situaient à Nouakchott.

Parmi les HSH ayant reçu les préservatifs, 70% ont déclaré avoir utilisé les préservatifs reçus gratuitement. Les villes ayant enregistré les plus grandes proportions sont

Nouakchott (81%) et Rosso (52%). Cependant, 16% des HSH ont rapporté ne pas avoir reçu de préservatif gratuitement.

S'agissant des besoins mensuels en préservatifs masculins, ils sont globalement de 5 à 10 unités pour 35% de HSH par mois (42% pour les HSH à Nouakchott contre 11% à Nouadhibou) et plus de 20 unités pour 11% de HSH par mois (26% pour les HSH à Nouadhibou contre 8% à Nouakchott).

Pour ce qui concerne les besoins mensuels en préservatifs féminins, ils sont globalement de 1 à 5 unités pour 27% de HSH par mois (40% pour les HSH à Nouakchott contre 0% à Nouadhibou) et plus de 20 unités pour 27% de HSH par mois (40% pour les HSH à Nouakchott contre 0% à Nouadhibou).

Par ailleurs 15% et 60% des HSH ont signalé respectivement n'avoir aucun besoin mensuel en préservatifs masculins et féminins.

Tableau IV. 38: Accès gratuit aux préservatifs et gels lubrifiants par les HSH, Mauritanie, 2024

Variables de Comportement	Nouadhibou %	Nouakchott %	Rosso %	Ensemble %
	(n = 128)	(n =243)	(n = 95)	(n = 466)
A reçu des préservatifs d'un centre de santé dans les 6 derniers mois (Q1011)				
Oui	13	65	9	52
A reçu des préservatifs d'une ONG dans les 6 derniers mois (Q1012)				
	n =19	n =159	n =10	n =188
Oui	4	96	41	92
A reçu des préservatifs d'un PE dans les 6 derniers mois (Q1012)				
	n =19	n =159	n =10	n =188
Oui	96	4	60	8
A utilisé les préservatifs reçus gratuitement parmi ceux qui en ont reçu (Q1017)				
Oui	11	81	52	70
Non	14	12	30	15
N'a jamais reçu de préservatifs gratuitement	75	7	18	16
Besoins mensuels en préservatifs masculins (Q1013)				
1 à 5 unités	2	26	27	24
5 à10 unités	11	42	13	35
10 à 15 unités	32	5	15	9
15 à 20 unités	28	1	23	7
Plus de 20 unités	26	8	13	11
Aucun	0	18	9	15
Besoins mensuels en préservatifs féminins (Q1016)				
	n =16	n =10	n = 5	n =31
1 à 5 unités	0	40	24	27
5 à10 unités	0	0	29	4
10 à 15 unités	0	13	0	8

Variables de Comportement	Nouadhibou %	Nouakchott %	Rosso %	Ensemble %
	(n = 128)	(n =243)	(n = 95)	(n = 466)
15 à 20 unités	5	0	0	1
Plus de 20 unités	0	40	24	27
Aucun	95	47	47	60

Dans l'ensemble, la moyenne en MRU des dépenses des HSH pour achats de préservatif est de 241 MRU au cours du dernier mois. Notons que cette moyenne est plus élevée dans les villes de Nouadhibou avec 808 MRU et Rosso avec 629 MRU.

Tableau IV. 39: Dépenses moyennes pour l'achat des préservatifs par les HSH, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou %	Nouakchott %	Rosso %	Ensemble %
	(n = 128)	(n =243)	(n = 95)	(n = 466)
Dépenses moyennes en MRU pour achat de préservatif au cours du dernier mois (Q1019)				
Moyenne en MRU	808	89	629	241

4.11.2. Couverture des programmes de prévention du VIH

L'indicateur « Avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention combiné au cours des 3 derniers mois » est calculé en considérant le nombre de personnes parmi les HSH qui déclarent bénéficier d'au moins deux des interventions de prévention indiquées rapporté sur le nombre de HSH répondant :

- A reçu des préservatifs et des gels lubrifiants au cours des trois derniers mois ;
- A reçu des conseils sur l'utilisation du préservatif et les rapports sexuels protégés au cours des trois derniers mois ;
- A été dépisté pour les infections sexuellement transmissibles au cours des trois derniers mois.

Les résultats des différentes modalités de cet indicateur composite se présentent comme suit :

- Plus de la moitié des HSH (52%) ont déclaré avoir déjà reçu des préservatifs gratuits au cours des 3 derniers mois avec une prédominance dans la ville de Nouakchott (65%). De même, un peu moins de la moitié des HSH (46%) ont déclaré avoir reçu du gel lubrifiant gratuit au cours des 3 derniers mois avec une prédominance également dans la ville de Nouakchott avec 58%. Globalement c'est 43% des HSH qui ont déclaré avoir reçu des préservatifs et des lubrifiants au cours des trois (3) mois qui ont précédé l'enquête ;

- 36% des HSH ont déclaré avoir reçu des conseils sur l'utilisation du préservatif et les rapports sexuels au cours des trois (3) derniers mois ;
- 19% des HSH ont déclaré avoir effectué le dépistage des infections sexuellement transmissibles au cours des trois derniers mois avant l'enquête.

Dans l'ensemble 47% de HSH dont 13% pour Nouadhibou, 59% pour Nouakchott et 7% pour Rosso ont bénéficié d'au moins deux services d'interventions de prévention au cours des 3 derniers mois.

Tableau IV. 40: Couverture des services de prévention combinés au cours des trois derniers mois, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n = 128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n = 95)	Ensemble % (n = 466)
A reçu des préservatifs gratuits au cours des 3 derniers mois (Q1003)				
Oui	12	65	12	52
A reçu des gels lubrifiants gratuits au cours des 3 derniers mois (Q1004)				
Oui	13	58	6	46
A reçu des préservatifs et du gel lubrifiant gratuits au cours des 3 derniers mois (Q1003, Q1004)				
Oui	12	54	6	43
A reçu des conseils sur l'utilisation du préservatif et les rapports sexuels protégés au cours des 3 derniers mois (Q1005)				
Oui	13	45	9	36
A été dépisté pour les infections sexuellement transmissibles au cours des trois derniers mois (Q502)				
	n = 109	n = 152	n = 71	n = 332
Oui	10	20	22	19
Pourcentage de HSH qui ont bénéficié d'au moins deux services de prévention combiné au cours des 3 derniers mois * (Q1003, Q1004, Q1005, Q502)				
Oui	13	59	7	47

L'indicateur « Avoir reçu un paquet complet d'intervention de prévention » est calculé en considérant les répondants qui ont reçu l'ensemble des services suivants dans les 6 derniers mois, excepté les « non réponse » éventuels :

- A reçu des préservatifs gratuits et des gels lubrifiants gratuits au cours des 6 derniers mois ;
- A reçu les conseils d'une PE au cours des 6 derniers mois ;
- A été dépisté pour le VIH au cours des 6 derniers mois.

L'étude s'est également intéressée à la couverture des services au cours des 6 derniers mois pour la provision du paquet d'intervention de prévention complet. Il ressort des réponses des HSH interviewés que :

- 52% des HSH ont déclaré avoir reçu des préservatifs et des lubrifiants au cours des 6 derniers mois qui ont précédé l'enquête ;
- 39% des HSH ont déclaré avoir reçu des conseils d'un PE au cours des 6 derniers mois ;
- 47% des HSH ont déclaré avoir été testé pour le VIH dans les 6 derniers mois ou connaît son statut séropositif.

Globalement, 36% des HSH (6% à Rosso, 13% pour Nouadhibou et 45% pour Nouakchott respectivement de la plus faible à la plus grande proportion) ont bénéficié d'un paquet complet d'interventions au cours des 6 derniers mois (a reçu tous les trois services mentionnés dans les trois variables ci-dessus).

Tableau IV. 41: Couverture des services au cours des 6 derniers mois pour la provision du paquet d'intervention de prévention complet

Variables de Comportement	Nouadhibou	Nouakchott	Rosso %	Ensemble
	% (n = 128)	% (n =243)	(n = 95)	% (n = 466)
A reçu des préservatifs au cours des 6 derniers mois(Q1011)				
Oui	13	65	9	52
A reçu des préservatifs ou du gel lubrifiant gratuit au cours des 6 derniers mois (Q1011 ou Q1024)				
Oui	15	65	9	52
A reçu des conseils d'un PE dans les 6 derniers mois (Q1007)				
Oui	14	47	11	39
A été testé pour le VIH dans les 6 derniers mois ou connaît son statut séropositifs (Q509)				
	n = 31	n = 83	n = 9	n = 123
Oui	45	48	25	47
A bénéficié d'un paquet d'intervention de prévention complet au cours des 6 derniers mois (a reçu tous les trois services mentionnés dans les trois variables ci-dessus). ((Q1011 ou Q1024), Q1007, Q509)				
Oui	13	45	6	36

Les données issues des entretiens individuels directifs avec les informateurs clés confirment une insuffisance de couverture des programmes de prévention pour les HSH comme en témoigne le verbatim ci-dessous.

« Plus de sensibilisation, surtout pour les populations clés essayer d'avoir 3 séances de sensibilisation par semaine par exemple, car pour l'instant c'est sur WhatsApp qu'on essaie de le faire mais ce n'est pas suffisant, avec les groupes WhatsApp c'est pas tout ». EID informateurs clés HSH

4.12. LA CASCADE DE TRAITEMENT ET DES 95-95-95

4.12.1. Charge virale chez les HSH dépistés positifs au cours de l'enquête

Tous les échantillons positifs au VIH ont été recueillis dans des tubes EDTA pour recueil du plasma et ont fait l'objet d'une quantification de la charge virale sur la plateforme Abbott au laboratoire de virologie de l'INRSP. Cette charge virale a été réalisée par la technique de PCR sur Abbott m2000sp/rt avec un seuil de détection à 1,60 log.

Il est important de souligner que 48 échantillons de HSH n'ont pas eu de résultats de CV pour essentiellement des raisons de non-conformité en relation avec une hémolyse, ce qui explique que ça soit 57 échantillons qui aient été traités. Par ailleurs sur 30 HSH avec une charge virale au-delà de 1000 copies, 24 n'étaient pas sous traitement par les ARV.

Le tableau ci-après présente la répartition des HSH positifs en fonction du résultat de la charge virale par ville que les HSH soient sous ARV ou pas.

Parmi les 105 HSH séropositifs au cours de l'enquête, 57 positifs, tous provenant de Nouakchott ont bénéficié de charge virale dont :

- 53% avaient une charge virale non supprimée ;
- 47% une CV supprimée ;
- 28% avaient une charge virale indétectable.

Tableau IV. 42: Répartition des HSH positifs au cours de l'enquête en fonction du résultat de la charge virale

Régions	Suppression de la Charge virale		
	CV <1000	CV ≥ 1000	Total général
Nouadhibou	00	00	00
Nouakchott	27	30	57
Rosso	00	00	00
Total général	27	30	57

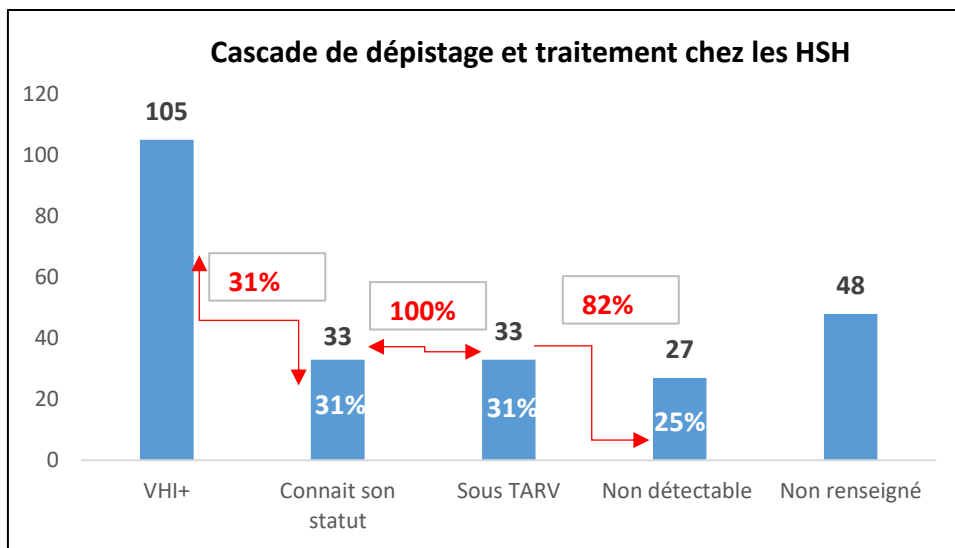
4.12.2. Analyse de la cascade de soins basée sur la quantification de la charge virale

Sur les 105 HSH positifs, trente-six HSH (34,28%) connaissaient leur statut de séropositivité et dix-huit (18) étaient sous TARV connu. La charge virale a été réalisée à partir des plasmas obtenus des échantillons positifs prélevés sur tubes EDTA et ceci,

au laboratoire de virologie de l'Institut National de Recherches en Santé Publique (INRSP) qui a servi de laboratoire national de référence pour cette enquête. Cette charge virale a été réalisée par la technique de PCR sur Abbott m2000rt avec un seuil de détection de 40 copies/ml soit 1,60 log de copies/ml. Sur les 18 HSH connaissaient leur statut VIH+ et qui étaient sous traitement ARV, douze (12) avaient une charge virale supprimée. Etant donné qu'il est extrêmement rare que des PVVIH aient une charge virale indétectable sans être sous traitement, les individus avec des charges virales indétectables/supprimés ont été recodés comme connaissant leur statut sérologique et sous TARV. Sur les 105 HSH positifs au CQ, 57 résultats de CV sont disponibles et pour 48 HSH les résultats de CV ne sont pas rendus disponibles (soit essentiellement lié à une hémolyse, soit à des résultats non retrouvés dans la base de CV). Parmi les 57 dont les charges virales étaient disponibles, 18 connaissaient leur statut VIH + et étaient sous ARV. Après recodage et sur les 57 HSH disposant de CV, 15 autres HSH en dehors des 18 qui avaient déclaré connaître leur statut VIH + avaient une charge virale supprimée donc connaissaient leur statut sérologique et étaient certainement sous ARV. En synthèse, par rapport à la connaissance du statut VIH, c'est 31% (18+15) /105) des HSH qui connaissaient leur statut sérologique après recodage, et 100% (33/33) étaient sous traitement et 82% ((12+15) /33) avaient une charge virale supprimée.

La cascade de traitement et des 95-95-95 selon les tests sérologiques et virologiques réalisés au cours de l'enquête se présente comme ci-après :

De ce graphique, on note que sur les 105 HSH dépistés positifs lors de l'enquête au contrôle de qualité, 31% connaissaient leur statut de séropositivité au moment de l'enquête et 100% de celles qui connaissaient leur statut étaient sous traitement ARV et parmi ceux qui étaient sous ARV, 82% avaient une charge virale supprimée soit 31-100-82. En ce qui concerne la cascade de soins, elle est de 31-31-26.



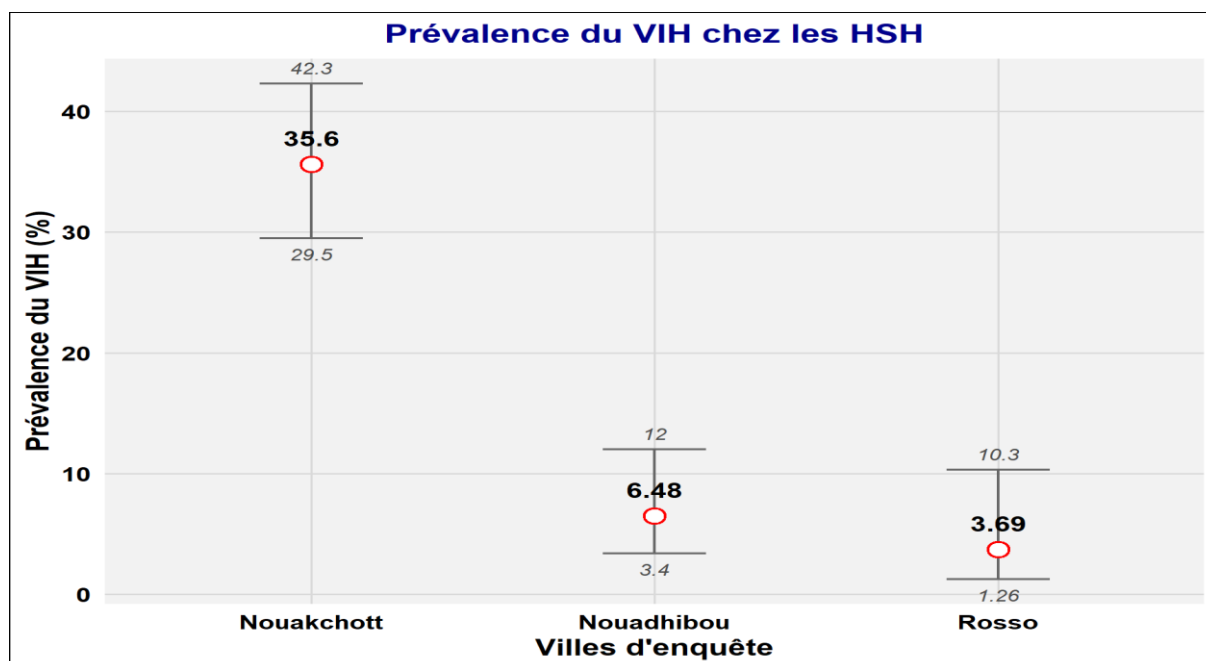
Graphique IV. 1: Cascade de traitement et des 95-95-95 au sein des populations clés HSH

4.13. PREVALENCE DU VIH, DE LA SYPHILIS, DE L'HEPATITE B ET FACTEURS ASSOCIES

4.13.1. Prévalence du VIH selon le site d'enquête

Le graphique ci-dessous présente les prévalences du VIH chez les HSH en fonction des villes objets de l'enquête.

Dans l'ensemble, la prévalence pondérée du VIH chez les HSH en Mauritanie en 2024 a été estimée à 28,1% [23,5 ; 33,3]. Elle varie de 35,6% [29,5 ; 42,3] (Nouakchott) à 3,69% [1,26 ; 10,3] (Rosso).



Graphique IV. 2: Prévalence du VIH selon le site d'enquête

4.13.2. Prévalence de l'infection à VIH selon les caractéristiques des HSH

La variation de la prévalence du VIH a été appréciée par rapport à quelques facteurs sociodémographiques à savoir l'âge, le niveau d'instruction, l'orientation sexuelle et le rôle sexuel chez les HSH.

De l'analyse du tableau ci-après, on peut retenir :

- La prévalence du VIH est significativement (p-valeur=0,0001) plus élevée chez les HSH âgées de 25 ans et plus (48% contre 20% chez les HSH âgées de 15-24 ans). Cette tendance est observée dans toutes les villes objet de l'enquête.
- Par rapport au niveau d'instruction des HSH, malgré les différences observées, il n'existe pas d'association entre la prévalence du VIH et le niveau d'instruction (p-valeur=0,516). Il en est de même de l'orientation sexuelle (p-valeur=0,3).
- Par rapport au rôle sexuel, la prévalence du VIH est significativement (p-valeur=0,0001) plus élevée chez les HSH passifs ou réceptifs (47%) comparée aux HSH versatiles (37%) et actifs ou insertifs (16%).

Tableau IV. 43: Prévalence de l'infection à VIH selon quelques caractéristiques des HSH

Facteurs	Nouadhibou %	Nouakchott %	Rosso %	Ensemble %
Age (Q101)				
15-24 ans	6	25	3	20
25 ans et plus	8	57	17	48
Niveau d'instruction (Q107)				
Pas d'éducation formelle (Jamais scolarisée/ Ecole coranique)	23	38	0	32
Primaire	6	39	3	29
Secondaire	6	32	6	26
Supérieur	0	63	0	47
Orientation sexuelle (Q115)				
Homosexuel	9	40	4	28
Bisexuel	4	32	2	27
Hétérosexuel	0	35	0	34
Rôle sexuel (Q203)				
Actif ou insertif	3	20	0	16
Passif ou réceptif	26	57	14	47
Versatile (l'un ou l'autre)	43	52	0	37

4.13.3. Facteurs associés à la prévalence du VIH chez les HSH

Les HSH âgés de 25 ans et plus ont un risque 3,82 fois plus élevé d'avoir le VIH par rapport à ceux âgés de 15-24 ans.

Les HSH ayant signalé des ulcérations ou plaies génitales au cours des 12 derniers mois ne présentent pas de risque significativement différent (RC = 0,86) comparé à ceux qui n'en ont pas signalé p-valeur : 0.689, indiquant une absence d'association statistiquement significative.

L'association hautement significative entre l'âge avancé (≥ 25 ans) et la prévalence du VIH pourrait être liée à une exposition prolongée aux facteurs de risque, tels qu'un comportement à risque cumulé ou une durée d'activité plus longue. Une attention particulière devrait être portée à ce groupe d'âge dans les campagnes de sensibilisation et de prévention, avec un accent sur l'accès aux services de dépistage et de traitement précoce.

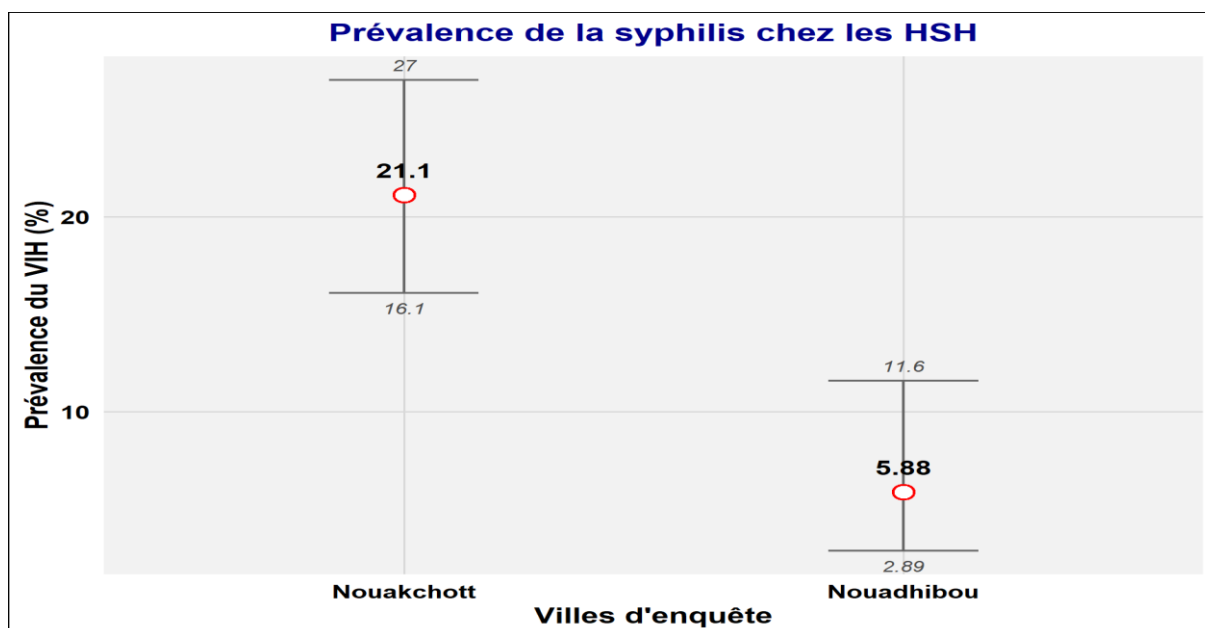
L'absence d'association significative pourrait indiquer que les ulcérations/plaies ne sont pas un facteur de risque direct pour ce groupe spécifique, ou que la taille de l'échantillon ($n = 13$) est insuffisante pour détecter une éventuelle association. Cependant, les ulcérations peuvent être des marqueurs de comportements sexuels à risque ou d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), nécessitant une prise en charge intégrée dans les programmes de prévention.

Le contrôle de qualité externe de l'étude suggère une prévalence du VIH recalculée selon la méthode Gile SS de 19,67 % pour les HSH. Cette valeur a été validée par le comité de pilotage de l'enquête.

4.13.4. Prévalence de la syphilis chez les HSH

Le graphique ci-dessous présente la prévalence de la syphilis par villes objets de l'enquête.

Dans l'ensemble, la prévalence pondérée de la syphilis chez les HSH en Mauritanie en 2024 est de 16,6% [12,8 ;21,1]. Elle varie de 21,1% (Nouakchott) à 5,88% (Nouadhibou). Par ailleurs, aucun cas positif à la syphilis n'a été enregistré à Rosso.



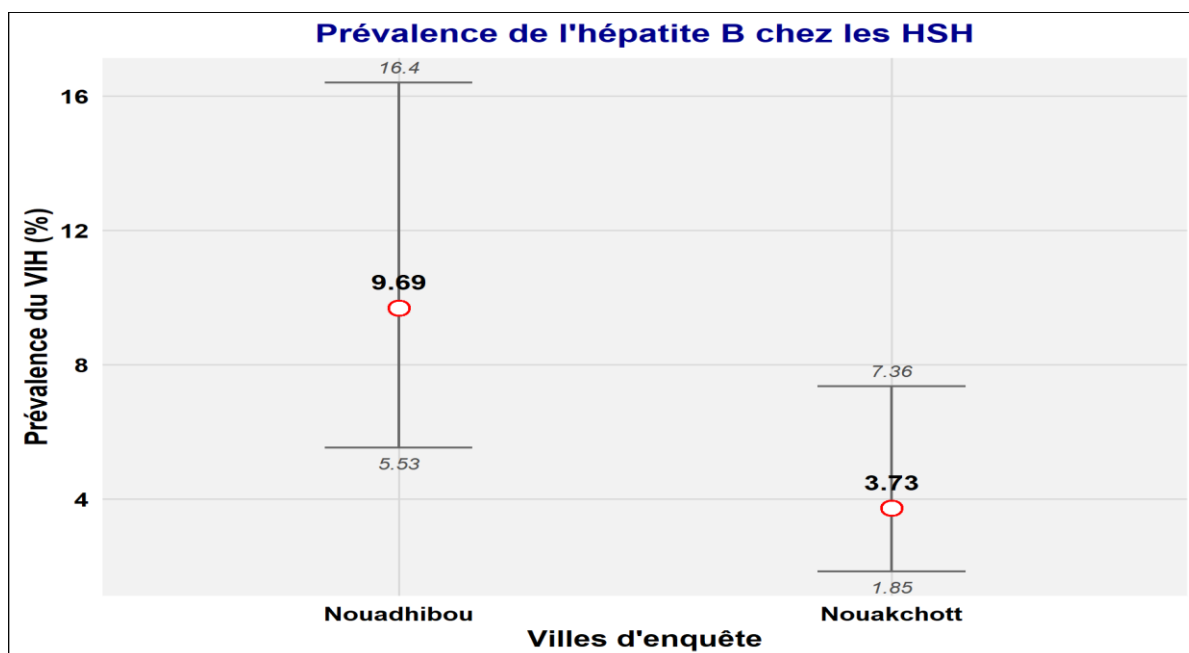
Graphique IV. 3: Prévalence de la syphilis selon les sites d'enquête

Le contrôle de qualité externe de l'étude suggère une prévalence de la syphilis recalculée selon la méthode Gile SS de 11,75% pour les HSH. Cette valeur a été validée par le comité de pilotage de l'enquête.

4.13.5. Prévalence de l'hépatite B chez les HSH

Le graphique ci-dessous présente la prévalence de l'hépatite B chez les HSH par ville.

Dans l'ensemble la prévalence de l'hépatite B chez les HSH a été estimée 3,87[2,28 ;6,5]. Elle varie de 9,69% [5,53 ;16,4] (Nouadhibou) à 3,73% [1,85 ; 7,36] (Nouakchott). Par ailleurs, aucun cas positif d'hépatite B n'a été enregistré à Rosso.



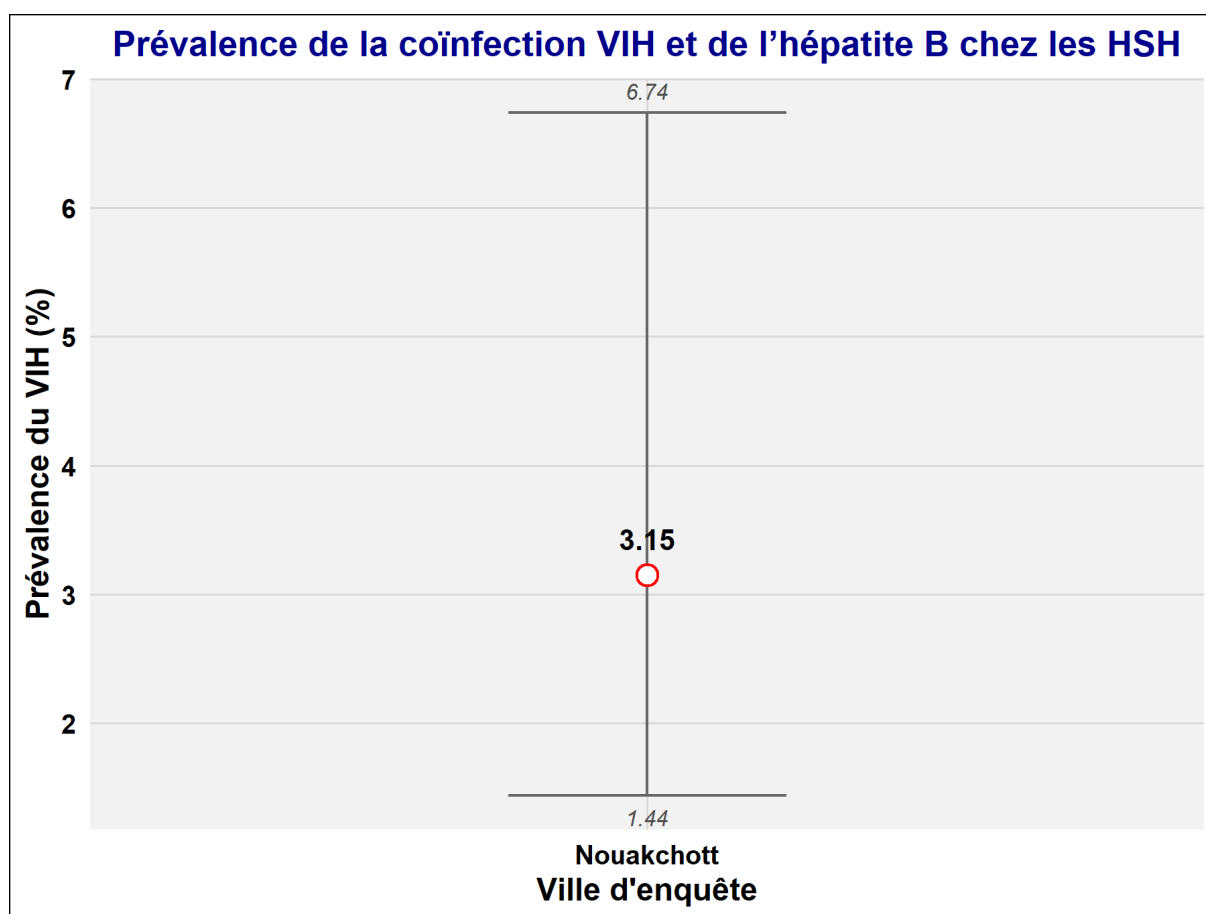
Graphique IV. 4: Prévalence l'hépatite B selon les sites d'enquête

Le contrôle de qualité externe de l'étude suggère une prévalence de l'hépatite B recalculée selon la méthode Gile SS de 4,66% pour les HSH. Cette valeur a été validée par le comité de pilotage de l'enquête.

4.13.6. Prévalence de la co-infection hépatite et VIH parmi les HSH

Le graphique ci-dessous présente la prévalence de la co-infection hépatite et VIH chez les HSH par ville.

Pour l'ensemble des HSH, un total de sept (7) cas co-infection VIH/VHB ont été retrouvés. La totalité des cas sont uniquement issue de la ville de Nouakchott avec une prévalence estimée de 3,15 [1,44 ; 6,74].



Graphique IV. 5: Prévalence de la coïnfection VIH et de l'hépatite B selon le site d'enquête

4.14. ESTIMATION DE LA TAILLE DES HSH

4.14.1. Estimation de la taille des HSH par la méthode du multiplicateur dans sa variante "objet unique"

En prévision d'une absence des données validées et de qualité des programmes en lien avec la sollicitation des services par les HSH au cours des 6 derniers mois ayant

précédé l'enquête, il est recommandé d'utiliser la variante "objet unique" de la méthode du multiplicateur.

Ainsi, une à deux semaines avant le début de la collecte des données quantitatives, un objet unique choisi de façon consensuelle avec les groupes identitaires et les ONG de proximité « une carte spécifique » a été distribué sur les lieux de socialisation et de fréquentation des HSH par les leaders HSH, et éducateurs pairs /mobilisateurs issus des ONG de proximité dans toutes les villes ciblées par l'enquête. Un nombre total de **1265** cartes sur **2250** mis à disposition ont été distribuées et la distribution a pris en compte la taille de l'échantillon estimée par ville ainsi que la taille estimée par les ONG de proximité de part leur activité et expérience de terrain.

Au total, la taille totale des HSH dans les trois sites ciblés par l'étude est de **5321** par la méthode « objet unique multiplicateur ». Dans la ville de Nouakchott et Nouadhibou le pourcentage de répondants ayant reçu l'objet unique (carte) avant le début de l'enquête est très élevé (73% et 84% respectivement) ; ce qui dénote du caractère particulier de ces villes où la majorité de HSH évoluent dans des réseaux assez fermés. Ce fort taux des répondants ayant reçu l'objet unique (p) pourrait être à l'origine des biais de sous-estimation dans ces deux villes lorsqu'on se réfère à la taille estimée par la méthode d'échantillonnage successif pour les mêmes villes.

La ville de Rosso est celle dans laquelle le pourcentage de répondants ayant reçu l'objet unique (carte) avant le début de l'enquête est le plus faible (8%) ; ce qui dénote du caractère particulier de cette ville où la majorité de HSH évoluent dans des réseaux assez larges. Ce faible taux des répondants ayant reçu l'objet unique (p) pourrait être à l'origine des biais de sur-estimation dans cette ville lorsqu'on se réfère à la taille estimée par la méthode d'échantillonnage successif pour la même ville. Dans l'ensemble excepté Nouadhibou dans les villes de Nouakchott et Rosso, le nombre d'objet distribué était insuffisant à ; ce qui n'est pas en faveur de la robustesse voulue de cette méthode.

Tableau IV. 44: Estimation de la taille totale des HSH dans les trois villes d'enquête par la variante « objet unique » de la méthode du multiplicateur

Paramètres	Nouakchott	Nouadhibou	Rosso	Ensemble
Nombre de cartes distribués par site (n)	325	588	352	1265
Nombre de répondant ayant reçu une carte spécifique 1-2 semaines avant le début de l'enquête	178	108	8	294
Nombre total de répondant	243	128	95	466
Pourcentage de répondant ayant reçu une carte spécifique 1-2 semaines avant le début de l'enquête (p)	0,732510288	0,84375	0,084210526	0,630901288
Taille totale estimée de la population cible dans les 3 sites IC à 95%	444	697	4180	5321

4.14.2. Estimation de la taille de la population HSH par la méthode d'échantillonnage successif (Successive sampling-population size estimation : SS-PSE)

La taille totale estimée des HSH dans les trois villes est de **4272 (2357-5701)**. Elle est respectivement de **2304 (1835-2509)** à Nouakchott ; **1001 (454-1645)** à Nouadhibou et **967 (305-1476)** à Rosso.

Tableau IV. 45: Estimation de la taille totale des HSH dans les trois villes d'enquête par la méthode d'échantillonnage successif

Région	Valeur moyenne	Limite inférieure*	Limite supérieure**
Nouakchott	2304	1835	2509
Nouadhibou	1001	454	1645
Rosso	967	305	1476
Ensemble	4272	2357	5701

Le minimum et le maximum** sont respectivement les limites inférieure et supérieure de l'intervalle de crédibilité à 95% autour de la moyenne.*

Les deux méthodes d'estimation utilisées sont avérées scientifiquement et recommandées par l'ONUSIDA.

Bien que laborieuse (SS-PSE) les observations mentionnées plus haut (taille des réseaux sociaux petite, capacité de propagation de la chaîne est limitée...) sont susceptibles d'entraîner des biais dans l'estimation. Aussi bien que flexible (méthode du multiplicateur objet unique « MOU »), le nombre d'objets distribués et le pourcentage des répondants ayant reçus les objets distribués peuvent compromettre la robustesse de cette méthode (entraîner des biais dans l'estimation).

Nous recommandons au SENLS, pour la projection du cadre de performance d'utiliser les estimations obtenues à partir de la méthode SS-PSE pour les HSH pour toutes les trois villes (possible biais de surestimation par la MOU à Rosso, 4180 HSH; et sous-estimation à Nouakchott, 444 HSH).

Le contrôle de qualité externe de l'étude approuve cette estimation SS-PSE (4 272 HSH) comme valeur de référence pour le suivi national des programmes.

4.15. CONCLUSION

De l'analyse du niveau actuel des principaux indicateurs chez les HSH, il ressort que :

- Malgré la séroprévalence du VIH faible au sein de la population générale âgée de 15-49 ans en Mauritanie, l'épidémie reste fortement concentrée au sein des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (19,67%) ;
- Les HSH demeurent exposés aux IST (13% des HSH ont déclaré avoir présenté au cours des 12 derniers un épisode d'écoulement urétral ou d'ulcérations génitale) et recourent peu aux services de soins et traitement en cas d'épisode d'IST (10% des HSH ont déclaré avoir recherché un traitement lors du dernier épisode d'IST) ;
- La bonne connaissance sur le VIH reste globalement insuffisante (26%) et très préoccupante à Rosso (12%) car pouvant limiter les efforts individuels de prévention du VIH ;
- L'utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels à haut risque (partenaires payants/payés et occasionnels) reste insuffisante. L'usage systématique du préservatif avec du lubrifiant lors des rapports sexuels anaux avec des partenaires masculins reste également insuffisant ;
- L'objectif zéro discrimination reste un véritable défi au vu de la forte proportion de HSH évitant les services spécifiques de lutte contre le VIH ;
- La lutte pour l'égalité des sexes, les droits de l'homme et élimination de la stigmatisation et de la discrimination sous toutes ces formes mérite d'être renforcée et évaluée de façon périodique ;

- Le niveau de couverture de programmes de prévention au cours des trois à six derniers mois est faible à savoir que seulement 36% des HSH (45% à Nouakchott, 13% à Nouadhibou et 6% à Rosso) ont déclaré avoir bénéficié d'un paquet complet d'intervention de prévention au cours des 6 derniers mois, des efforts continus sont nécessaires pour améliorer la couverture des programmes de prévention.

La taille totale estimée de la population des HSH permettra au pays et aux acteurs clés jouant un rôle majeur en matière de prévention combinée et de prise en charge globale de répondre au besoin de planification basée sur les évidences.

4.16. RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats de l'étude bio-comportementale chez les HSH, plusieurs recommandations sont formulées pour améliorer la prévention et la gestion de l'épidémie du VIH, ainsi que pour renforcer les efforts en matière de droits humains et de lutte contre la stigmatisation :

- Renforcement de la sensibilisation et de l'éducation sur le VIH et les IST :
 - Développer des campagnes de sensibilisation ciblées sur le VIH, les IST et la prévention auprès des HSH ;
 - Promouvoir l'utilisation du préservatif et du lubrifiant dans les relations sexuelles à risque, notamment dans les rapports sexuels anaux entre hommes, où l'usage est insuffisant ;
- Amélioration de l'accès aux soins et traitements :
 - Assurer un meilleur accès aux services de soins pour les HSH, notamment en facilitant l'accès aux traitements pour les IST et en augmentant la couverture des services VIH ;
 - Former le personnel de santé sur les spécificités des soins pour les HSH, pour qu'ils soient mieux orientés et plus ouverts aux besoins de cette population ;
 - Mettre en place des centres de santé accessibles, confidentiels et non stigmatisants pour encourager les HSH à consulter en cas de symptômes d'IST ou de VIH ;
- Renforcement de la prévention et de la couverture des programmes :
 - Augmenter la couverture des programmes de prévention en ciblant particulièrement les zones avec une couverture faible en s'appuyant sur des approches communautaires ;
 - Développer des stratégies spécifiques pour encourager l'utilisation systématique du préservatif, y compris dans les relations sexuelles avec des partenaires féminins, étant donné l'importance de cette dynamique dans l'épidémie ;
 - Renforcer les services de prévention combinée, tels que la PrEP (prophylaxie pré-exposition);

- Lutte contre la stigmatisation et la discrimination :
 - Mener des campagnes contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des HSH, en particulier dans le milieu médical et communautaire, pour favoriser une meilleure acceptation de ces populations ;
 - Intégrer la dimension de lutte contre la stigmatisation et les discriminations dans les formations pour les agents de santé, les autorités locales et les communautés ;
- Suivi et évaluation périodique des actions :
 - Établir des mécanismes de suivi et d'évaluation réguliers pour mesurer l'impact des programmes de prévention et des initiatives en matière de lutte contre la stigmatisation, avec une attention particulière aux zones à faible couverture,
 - Adapter les interventions en fonction des résultats de l'évaluation, notamment en réajustant les stratégies de communication et d'intervention.

Ces recommandations visent à réduire la transmission du VIH et des IST parmi les HSH, tout en favorisant leur inclusion et leur accès aux soins, dans un cadre respectueux de leurs droits et de leur dignité.

V. PRESENTATION DES RESULTATS CHEZ LES PS

5.1. SYNTHESE DES RESULTATS CLES CHEZ LES PS

N°	Libellé de l'indicateur	Age (en années)		Ensemble %	Sources de l'information	Référence	Données Contrôle externe de qualité
		15 à 24 %	25 et + %				
1	Prévalence du VIH						
	% de PS	5,7	23,9	18,2	Ch.5.13.1	p.165	9,15
2	Prévalence de la syphilis						
	% de PS	0,0	8,5	5,9	Ch.5.13.4	p.166	1,57
3	Prévalence de l'hépatite B						
	% de PS	6,6	9,2	8,4	Ch.5.13.5	p.167	4,31
4	Prévalence de la coïnfection VIH-VHB et/ou VHC						
	% de PS	0,0	4,0	2,7	<u>Tableau V. 53</u>	p.236	
5	Connait les moyens de se prévenir du VIH et rejette les fausses croyances (Bonne connaissance en matière de prévention du VIH)						
	% de PS	3	12	9	<u>Tableau V. 22</u>	p.144	
6	A utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client						
	% de PS	56	70	66	<u>Tableau V. 10</u>	p.131	
7	A eu des plaies ou des boutons sur le sexe au cours des 12 derniers mois						
	% de PS	24	32	30	<u>Tableau V. 15</u>	p.135	
8	A présenté un écoulement vaginal anormal au cours des 12 derniers mois						
	% de PS	46	74	65	<u>Tableau V. 15</u>	p.135	
9	Testé dans les 6 derniers mois et a reçu les résultats						
	% de PS	20	26	25	<u>Tableau V. 18</u>	p.138	
10	A reçu un résultat de test VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou qui savent qu'elles vivent avec le VIH)						
	% de PS	21	65	56	<u>Tableau V. 18</u>	p.138	
11	A subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois						
	% de PS	16	17	17	<u>Tableau V. 31</u>	p.154	
12	A été victime de violence physique (violenté ou brutalisé) au cours des 12 derniers mois						
	% de PS	12	11	12	<u>Tableau V. 29</u>	p.153	

N°	Libellé de l'indicateur	Age (en années)			Ensemble %	Sources de l'information	Référence	Données Contrôle externe de qualité
		15 à 24 %	25 et + %					
13	A été forcé à avoir un rapport sexuel contre son gré au cours des 12 derniers mois							
	% de PS	13	11	12	Tableau V. 31	p.154		
14	A évité de consulter les services de santé au cours des 12 derniers mois par crainte que l'on les identifie							
	% de PS	7	10	9	Tableau V. 26	p.148		
15	A eu peur de demander des services de santé au cours des 6 derniers mois par crainte que quelqu'un apprenne leur statut							
	% de PS	7	10	9	Tableau V. 26	p.148		
16	A été arrêté (conduit au poste de police ou en prison) à cause du statut de PS au cours des 12 derniers mois							
	% de PS	12	13	10	Tableau V. 31	p.154		
17	A bénéficié d'au moins deux services de prévention combinée cours des 3 derniers mois							
	% de PS	16	21	19	Tableau V. 35	p.161		
18	Pourcentage de PS âgées de 15 à 49 ans qui sont d'accord pour dire qu'un mari a le droit de frapper ou de battre sa femme pour des raisons spécifiques							
	% de PS	24	49	41	Tableau V. 32	p.156		
19	A été victime de stigmatisation et de discrimination dans les 6 derniers mois							
	% de PS	18	14	15	Tableau V. 16	p.135		
20	Rapporte des attitudes discriminatoires à l'en- contre des personnes vivant avec le VIH							
	% de PS	13	12	12	Tableau V. 23	p.146		
21	A pris la PrEP au cours des six derniers mois parmi celles testées négatives pour le VIH dans les 12 derniers mois							
	% de PS	0	0	0	Tableau V. 24	p.147		
22	Bonne connaissance en matière de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH							
	% de PS	40	46	44	Ch.5.7.2	p.144		
23	Utilisation actuelle de la pilule, des implants, des injections ou le stérilet pour prévenir la grossesse							
	% de PS	20	28	26	Ch.5.7.3	p.144		
24	Connaissance du statut VIH positif actuel							
	% de PS			29	Ch.5.12.2	p.164		
25	Pourcentage de personnes parmi celles qui connaissaient leur statut qui étaient sous traitement ARV							
	% de PS			29	Ch.5.12.2	p.164		

N°	Libellé de l'indicateur	Age (en années)		Ensemble %	Sources de l'information	Référence	Données Contrôle externe de qualité
		15 à 24 %	25 et + %				
26	Pourcentage de personnes parmi celles qui étaient sous traitement ARV qui avaient une charge virale non détectable						
	% de PS			67	Ch.5.12.1	p.163	

5.2. APERÇU GENERAL DE L'ECHANTILLON

5.2.1. Caractéristiques des graines

L'échantillon total de cette enquête a été constitué à partir de huit (8) graines⁸ dont trois (3) à Nouakchott et Rosso. Les tailles des réseaux sociaux⁹ des graines PS vont de 10 à 15 pour Nouadhibou, 10 pour Rosso et 15 pour Nouakchott. L'âge des graines PS varie de 20 à 55 ans. La plupart de graines (6 personnes parmi les 8 graines) sont divorcée/séparée. Sur les huit graines de l'enquête, 2 ont un niveau d'instruction primaire complet et 4 ont un niveau d'instruction secondaire incomplet. Le nombre total de recrues par graine varie de 2 à 93. D'une manière générale, la moitié des graines ont atteint au minimum la onzième vague de recrutement.

Les caractéristiques des quinze graines choisies pour l'enquête sont décrites dans le tableau V. 41 en annexe

5.2.2. Répartition des PS par site de collecte

Le tableau ci-après présente la répartition des PS par site de collecte. Pour 750 PS attendues, ce sont 255 qui ont été effectivement enrôlées dans la présente étude au niveau des trois villes objets de l'enquête. La couverture globale des cibles de l'enquête est de 34% et aussi, aucune des trois villes n'a atteint la taille minimale requise prévue. Par ailleurs, c'est la ville de Nouadhibou qui a enregistré la plus forte couverture (56%) et celle de Nouakchott ; la plus faible couverture (21,2%).

Tableau V. 1: Répartition des PS par site de collecte en Mauritanie, 2024

Site de collecte	Echantillon prévu	Echantillon constitué	% réalisation pour la ville
Nouadhibou	250	140	56
Nouakchott	250	53	21,2
Rosso	250	62	24,8
Ensemble	750	255	34

Les tableaux ci-dessous présentent les caractéristiques sociodémographiques et sexuelles des PS.

⁸ La "graine" ou "semence" représente la première participante recrutée par l'équipe de recherche pour participer à l'étude et commence la chaîne de recrutement. On peut l'appeler le "point de départ" ou la "participante-point de départ". La chaîne de recrutement est constituée de toutes les recrutées à partir d'une "graine"

⁹ Défini en termes du nombre de personnes connues par la PS qui sont également des PS et qui vivent dans la même localité

5.3. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PS

Pour l'ensemble des PS, un peu plus de deux PS sur trois (68%) sont âgées de 25 ans et plus. En considérant les villes séparément, c'est celle de Nouakchott qui a enregistré la plus forte proportion de PS âgées de 25 ans et plus (77%). Dans la ville de Rosso, les PS appartenant à la tranche d'âge de 15 à 24 ans sont majoritairement représentés avec 68% contrairement aux autres villes où ce sont les PS de 25 ans et plus qui sont majoritaires.

Globalement, par rapport au niveau d'instruction des PS, ce sont celles ayant atteint le niveau primaire incomplet qui sont les plus représentées (40%). La plus forte proportion est observée dans les villes de Nouakchott (47%).

En ce qui concerne la situation matrimoniale, la grande majorité des PS (61%) sont divorcées ou séparées. La ville de Nouakchott (72%) a enregistré les plus fortes proportions de PS qui sont divorcées ou séparées. Seulement 7% et 8% des PS ont déclaré être respectivement veuves et mariées au moment de l'enquête.

Tableau V. 2: Répartition des PS selon le groupe d'âge, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale et la localité ou ville d'enquête, Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Groupe d'âge (Q101)				
15-24	31	23	68	32
25 ans et plus	69	77	32	68
Niveau d'instruction (Q109)				
Pas d'éducation formelle (Non scolarisé/ Ecole coranique)	4	30	39	29
Pré-primaire (complet/incomplet)	2	9	1	7
Primaire incomplet	14	47	19	40
Primaire complet	12	11	12	12
Secondaire incomplet	26	1	11	5
Secondaire complet	31	2	15	6
Supérieur	10	0	2	1
Situation matrimoniale (Q103)				
	n =140	n =52	n =63	n =254
Jamais mariée	65	15	48	25
Actuellement mariée	3	4	25	8
Divorcée / Séparée	31	72	27	61
Veuve	1	9	0	7
Vit actuellement avec un partenaire sexuel (Q105)*				
	n =134	n =50	n =46	n =230
Oui	6	51	18	43
Non	94	46	24	47
Vit dans un mariage polygame (Q104)				
	n =6	n =2	n =16	n =24
Non	43	100	28	56
Oui	57	0	72	44

*28 cas de refus/PRD

En ce qui concerne l'âge au premier mariage, près de trois PS sur dix (27%) ont déclaré être âgées de moins de 15 ans au premier mariage. Par rapport au milieu de vie des PS, 72% ont déclaré vivre en famille sans leurs conjoints. Aussi, 6% des PS ont déclaré vivre au moment de l'enquête avec des amis ou colocataires.

Tableau V. 3: Situation de vie et âge au premier mariage chez les PS, Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n=53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Mariée avant l'âge de 15 ans (Q106)				
	n =51	n =45	n =33	n =129
Oui (Moins de 15 ans)	16	30	10	27
Types de personnes avec qui vit la participante (Q102)				
Vit seule	42	11	0	12
Vit avec un conjoint	5	3	22	7
Vit dans la famille sans conjoint	18	78	71	72
Vit avec des amis / colocataires	13	6	5	6
Autres	22	1	2	3

Dans l'ensemble des trois villes objets de l'enquête, près de neuf PS sur dix (88%) sont de nationalité mauritanienne. Par ailleurs, dans la ville de Nouadhibou, près de huit PS sur dix (79%) sont de nationalité étrangère contre 5% à Nouakchott (ville ayant la plus faible représentativité de PS de nationalité étrangère).

Pour les PS d'origine étrangère, 5% résident en Mauritanie depuis 1-2 ans ; 4% depuis trois ans et plus et 3% depuis 6 -12 mois.

Tableau V. 4: Nationalité des PS et durée de séjour pour les non mauritaniennes, Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Nationalité (Q113)				
Mauritanienne	21	95	91	88
Autre	79	5	9	12
Durée de résidence en Mauritanie pour les participantes non Mauritanienne (Q114)				
6-12mois	39	0	0	3
1-2ans	30	3	2	5
3 ans et plus	10	2	7	4

Un peu plus de trois PS sur dix (31%) ont déclaré n'avoir pas d'enfants ; 43% ont trois enfants et plus et 26% ont un à deux enfants. Par rapport au soutien financier qu'elles

apportent à d'autres personnes, la majorité des PS (70%) ont déclaré avoir des personnes à charge au moment de l'enquête.

Tableau V. 5: Soutien financier à d'autres personnes parmi les PS, Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Nombre d'enfants (Q107)				
Aucun	41	25	55	31
1-2	47	23	31	26
3 et plus	12	53	14	43
A des personnes à charge en ce moment (Q115)				
Non	40	22	59	30
Oui	60	78	41	70
Nombre de personnes à charge (enfants, parents, ou autres) en ce moment (Q116)				
	n =84	n =42	n =26	n =152
1-2	32	12	58	18
3 et plus	68	88	42	82

Au total, 69% des PS n'ont pas d'autres emplois que le travail du sexe. En dehors du travail de sexe ; la majorité des PS étaient sans emploi dans les villes de Nouakchott et Nouadhibou (respectivement 73% et 62%). C'est la ville de Rosso qui a enregistré la plus faible proportion (55%) de PS sans autre emploi que le travail du sexe.

Par ailleurs, globalement, 44% des PS ont déclaré avoir exercé le travail de sexe en dehors de leur ville de résidence au cours des six derniers mois ; en considérant les villes séparément, ce sont 48%, 34% et 30% qui ont déclaré avoir exercé le travail de sexe en dehors de leur ville de résidence les six derniers mois respectivement à Nouakchott, Rosso et Nouadhibou.

Tableau V. 6: Autres activités liées au travail du sexe et mobilité parmi les PS, Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
A un emploi autre que le commerce du sexe (Q112)				
Travail à mi-temps	12	20	27	21
Travail à plein temps	27	6	18	10
Retraitée/pensionnée	0	1	0	0
Sans Emploi	62	73	55	69
A vendu des services sexuels à l'extérieur de la ville de résidence au cours des six derniers mois (Q110)				
	n =140	n =53	n =60	n =253
Oui	30	48	34	44

Au total, 17% des PS avaient initiées leur sexualité avant l'âge de 15 ans. Un peu plus de huit PS sur dix (83%) dans l'ensemble des villes d'enquête ont déclaré avoir tenu leur premier rapport sexuel en échange d'argent à un âge de 15 ans ou plus.

La durée moyenne ou médiane d'exercice du travail du sexe est de dix ans dans l'ensemble des villes, elle varie selon les villes de quinze ans (Nouakchott) à cinq ans (Rosso).

La durée médiane à faire le commerce du sexe peut être utilisée pour calculer le taux de renouvellement de la population.

Tableau V. 7: Age au premier rapport tarifé et durée d'exposition au travail du sexe, Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n =255)
Age au premier rapport sexuel en échange d'argent (Q108)				
Moins de 15 ans	11	19	7	17
15 ans et plus	89	81	93	83
Age médian au premier rapport sexuel rétribué (IQR)	6	6	4	6
Age médian au premier rapport rétribué	19	18	18	18
Durée moyenne ou médiane à travailler comme travailleuse du sexe	6	15	5	10
Durée moyenne à travailler comme travailleuse du sexe	8	15	6	13
Age au premier rapport sexuel (Q200)				
Moins de 15 ans	25	37	9	31
15 ans et plus	75	63	91	69
Age médian au premier rapport sexuel (IQR)	4	3	4	4
Age médian au premier rapport sexuel	16	15	18	15

5.4. ACTIVITE SEXUELLE ET UTILISATION DE PRESERVATIFS

Les tableaux ci-dessous rendent compte des activités sexuelles des PS et leurs utilisations de préservatifs.

5.4.1. Nombre et types de partenaires

La majorité des PS (61%) ont déclaré avoir eu deux et plus de clients payants le dernier jour de travail ayant précédé l'enquête. Cette proportion varie de 94% (Nouadhibou) à 54% (Nouakchott).

Plus d'une PS sur dix (15%) et un peu plus d'une PS sur deux (52%) ont déclaré avoir eu respectivement un partenaire et deux partenaires et plus réguliers non payants au cours des 6 derniers mois. Par ailleurs, 46% des PS enquêtées ont déclaré avoir eu deux partenaire occasionnel et plus non payant au cours des 6 derniers mois.

Tableau V. 8: Nombre de partenaires sexuels chez les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Nombre de clients payants le dernier jour de travail (Q204)				
Aucun	1	0	0	0
1	5	46	25	39
2 et plus	94	54	75	61
Médiane	4	2	2	2
Nombre de partenaires non payants au cours des 7 derniers jours (Q203)				
Aucun	60	52	5	44
1	35	14	30	18
2 et plus	5	34	65	37
Nombre de partenaires réguliers non payants au cours des 6 derniers mois (Q206)				
Aucun	60	37	2	33
1	34	13	16	15
2 et plus	6	50	82	52
Nombre de partenaires occasionnels non payants au cours des 6 derniers mois (Q209)				
Aucun	68	41	15	39
1	29	15	11	15
2 et plus	3	45	74	46

Plus de quatre PS sur dix (46%) ; 38% et 16% ont déclaré avoir perçu respectivement moins de 5000 MRU ; entre 5000 à 10000 MRU et plus de 10000 MRU lors du dernier rapport sexuel avec un client. C'est dans la ville de Nouakchott que la proportion la plus élevée de PS ayant perçu plus de 10000 MRU lors du dernier rapport sexuel avec un client a été observée.

Tableau V. 9: Montant perçu lors du dernier rapport sexuel avec un client chez les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Montant perçu lors du dernier rapport sexuel avec un client (Q205)				
Moins de 5000	58	39	67	46
Entre 5000-10000	41	39	33	38
plus 10 000	1	22	0	16

5.4.2. Utilisation de préservatifs et de lubrifiants

Les trois tableaux ci-dessous rendent compte de l'utilisation du préservatif par les PS.

En considérant le dernier rapport sexuel ayant précédé l'enquête, 66% des PS ont déclaré avoir utilisé le préservatif avec leurs derniers clients (97% à Nouadhibou contre 26% à Rosso). Par ailleurs, ce sont 56% et 63% des PS qui ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec respectivement un partenaire sexuel régulier et un partenaire occasionnel non payant.

Tableau V. 10 Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois par type de partenaire, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec le dernier client (Q306)				
	n =140	n =53	n =53	n =246
Oui	97	70	26	66
Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec un partenaire régulier (Q207)				
	n =54	n =38	n =57	n =149
Oui	69	62	36	56
Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel non payant (Q210)				
	n =45	n =37	n =49	n =131
Oui	70	70	41	63

Au cours des 7 derniers jours ayant précédé l'enquête, 44% des PS avaient utilisées systématiquement le préservatif avec leurs partenaires sexuels payants et 41% avaient systématiquement utilisé le préservatif avec **partenaires sexuels non payants**. On notera que 33% des PS ont déclaré n'avoir jamais utilisé de préservatif avec les clients au cours des six derniers mois. C'est la ville de Nouadhibou (74%) qui a enregistré le plus fort taux d'utilisation systématique de préservatif avec les clients et celle de Rosso (22%) le plus faible taux d'utilisation systématique de préservatif avec les clients au cours des six derniers mois.

Tableau V. 11: Fréquence d'utilisation du préservatif chez les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n = 255)
Fréquence d'utilisation du préservatif avec les partenaires sexuels payants au cours des 7 derniers jours (Q301)				
Jamais	1	37	36	34
Parfois/souvent	21	19	37	22
Toujours	79	44	27	44
Fréquence d'utilisation du préservatif avec les partenaires sexuels non payants au cours des 7 derniers jours (Q302)				

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n = 255)
Jamais	16	40	38	38
Parfois/Souvent	21	19	35	22
Toujours	63	41	27	41
Fréquence d'utilisation en général du préservatif avec un client au cours des 6 derniers mois (Q308)				
Jamais	5	34	45	33
Parfois/souvent	21	26	34	27
Toujours	74	41	22	40
Utilisation du préservatif féminin avec un partenaire sexuel (Q312)				
	n =139	n =53	n =56	n =248
Oui	28	9	4	10

Des données issues des entretiens individuels approfondis ont permis de mieux appréhender les principales raisons de la non utilisation systématique des préservatifs avec les partenaires sexuels. La synthèse des arguments qu'elles avancent, est présentée ci-dessous.

« Les raisons de non utilisation systématique ou du refus d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels, tirent leurs sources d'abord de la recherche de plaisir. Mais la plupart du temps cela se passe avec le partenaire sexuel régulier non payant ou le client généreux (qui payent doublement ou triplement). Et de la paresse devant un client pressé qui cherche juste à satisfaire son instinct biologique et les PS de vouloir gagner de l'argent facile à tout prix. » EIA Nouakchott

« Pour ce qui est de la prévention, la plupart des PS, ne sont pas conscientes de la gravité et des conséquences de la maladie, car ces dernières disent qu'elles n'aiment pas utiliser des préservatifs. Pour la plupart et souvent, ce sont des jeunes filles de 16 ans qui sont des PS et qui te disent qu'elles n'aiment pas ça parce qu'elles ne sentent pas de plaisir quand elles utilisent les préservatifs. » EID Relais communautaire Nouakchott

Près d'une PS sur trois (58%) ont déclaré avoir eu des rapports non protégés avec des clients au cours des 7 derniers jours ayant précédé l'enquête (79% à Rosso contre 24% à Nouadhibou). Au cours des six derniers mois ayant précédé l'enquête, ce sont 42% et 41% des PS enquêtées qui ont déclaré avoir eu des rapports non protégés respectivement avec des partenaires réguliers non payants et des partenaires occasionnels non payants.

Par ailleurs, 33% des PS enquêtées ont déclaré avoir déjà acheté des préservatifs masculins (69% à Nouadhibou contre 2% à Rosso).

Tableau V. 12: Proportion de la population exposée au sexe non protégé chez les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
A eu des rapports non protégés avec des clients au cours des 7 derniers jours (Q305, Q202) celles qui n'ont pas eu de partenaire ne sont pas exposées				
	n =140	n =49	n =61	n =250
Non protégé (Jamais/parfois/souvent)	24	57	79	58
A eu des rapports non protégés avec des partenaires réguliers non payants au cours des 6 derniers mois (Q208, Q206)				
Non protégé (Jamais/parfois/souvent)	20	37	72	42
A eu des rapports non protégés avec des partenaires occasionnels non payants au cours des 6 derniers mois (Q211, Q209)				
Non protégé (Jamais/parfois/souvent)	18	37	67	41
A déjà acheté des préservatifs masculins (Q300)				
Oui	69	36	2	33

Le tableau ci-dessous présente l'utilisation du lubrifiant par les PS.

Plus de trois PS sur dix (32%) ont déclaré utiliser habituellement du lubrifiant lorsqu'elles utilisent le préservatif. Cette proportion d'utilisation concomitante de préservatif et de lubrifiant varie de 78% (Nouadhibou) à 9% (Rosso) selon les villes. Le lubrifiant le plus souvent utilisé par les PS est celui à base d'huile ou de la vaseline/ Glycérine (66%) à savoir 100% à Rosso contre 33% à Nouadhibou. Toutefois, 27% utilisent habituellement du lubrifiant à base d'eau.

Tableau V. 13: Utilisation du lubrifiant chez les PS, Mauritanie, 2024

Caractéristiques	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Utilise habituellement du lubrifiant lorsqu'un préservatif est utilisé (Q309)				
	n =140	n =52	n =53	n =245
Oui	78	31	9	32
Type de lubrifiant le plus fréquemment utilisé (Q310)				
	n =108	n =21	n =5	n =134
Utilise habituellement du Gel à base d'huile	33	73	100	66

Caractéristiques	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
ou de la vaseline/ Glycérine				
Utilise	33	27	0	27
habituellement du Lubrifiant à base d'eau				
Autre (Miel)	34	0	0	7

5.5. Infections sexuellement transmissibles

Les tableaux ci-dessous font la synthèse des connaissances des PS sur les IST.

5.5.1. Connaissance sur les infections sexuellement transmissibles

En ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles, un peu plus de trois PS sur quatre (76%) ont déclaré avoir entendu parler des maladies qu'on peut attraper au cours des rapports sexuels autres que le VIH. A Rosso, c'est 78% des PS qui ont déclaré en avoir entendu parler. La ville qui a enregistré la plus faible proportion est Nouadhibou (63 %). Aussi, 44% des PS enquêtées ont déclaré avoir été dépisté pour une infection sexuelle autre que le VIH au cours des trois derniers mois (48% à Nouakchott contre 27% à Rosso).

Tableau V. 14: Connaissance des IST parmi les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
A déjà entendu parler des maladies qu'on peut attraper au cours des rapports sexuels autres que le VIH (Q501)				
Non	37	23	22	24
Oui	63	77	78	76
A déjà été testé pour une maladie sexuelle autre que le VIH au cours des 3 derniers mois (Q502)				
	n = 84	n = 43	n = 49	n = 176
Oui	31	48	27	44

Dans les 12 derniers mois, près de deux PS sur trois (65%) ont déclaré avoir eu des écoulements vaginaux anormaux (pertes vaginales qui sentaient mauvais ou de couleur inhabituelle), 55% des brulures mictionnelles et 30% des ulcères génitaux. La plus forte proportion de perte vaginales anormales est observée à Nouakchott (71%) et la plus faible à Nouadhibou (37%). Les ulcères étaient surtout rapportés à Nouakchott (32%).

Tableau V. 15: Symptômes d'IST rapportés par les PS pour les 12 derniers mois, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
A eu un écoulement vaginal anormal (pertes vaginales qui sentaient mauvais ou de couleur inhabituelle) au cours des 12 derniers mois (Q503)				
Oui	37	71	55	65
A eu des brûlures mictionnelles au cours des 12 derniers mois (Q504)				
Oui	32	62	33	55
A eu un/des ulcères génitaux au cours des 12 derniers mois (Q505)				
Oui	22	32	22	30

5.5.2. Recours au traitement et comportement adopté en cas d'IST

Près de la moitié des PS (49%) qui ont affirmé avoir eu une IST ont déclaré avoir eu recours aux soins lors du dernier épisode d'écoulement anormal, plaies ou boutons sur le sexe. Cette proportion est variable d'une ville à une autre, à savoir de 53% à Nouadhibou à 40% à Rosso.

Les PS qui avaient cherché un traitement peuvent avoir eu plusieurs recours. Lors du dernier épisode d'écoulement anormal, plaies ou boutons sur le sexe dans les 12 derniers mois, les lieux de recours au soin des PS se présentaient dans l'ordre décroissant ainsi qu'il suit :

- 71% avaient consulté dans une pharmacie,
- 64% avaient consulté un professionnel de santé (43% un centre de santé publique et 21% une clinique privée) ;
- 22% avaient consulté un tradipraticien.

Tableau V. 16: Recours aux soins lors du dernier épisode d'IST dans les 12 parmi les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
A recherché un traitement lors du dernier épisode d'écoulement anormal, plaies ou boutons sur le sexe (Q506)				
	n =48	n = 38	n = 25	n = 111
Oui	53	50	40	49

	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
Lieu de recours au traitement lors du dernier épisode d'IST (Q507)				
	n = 25	n = 25	n = 10	n = 60
A consulté à un établissement public de santé au dernier épisode de symptômes d'IST dans les 12 derniers mois	15	40	81	43
A consulté dans une Clinique privée au dernier épisode de symptômes d'IST dans les 12 derniers mois	4	23	8	21
A consulté dans une Pharmacie au dernier épisode de symptômes d'IST dans les 12 derniers mois	78	77	20	71
A consulté chez un Tradipraticien au dernier épisode de symptômes d'IST dans les 12 derniers mois	3	26	0	22
A bénéficié d'une ordonnance médicale dans les structures de santé de recours (Q508)				
	n = 22	n = 24	n = 10	n = 56
Non	0	10	0	8
Oui	100	90	100	92

5.6. DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH, ACCES AUX TRAITEMENTS ANTI RETRO VIRAUX ET A LA CHARGE VIRALE

Les tableaux ci-dessous présentent l'accès des PS au test de dépistage du VIH, aux ARV et à la charge virale.

5.6.1. Accès aux services de dépistage du VIH

Globalement, quatre PS sur dix (41%) ont déclaré connaître un endroit où elles peuvent réaliser le test de dépistage du VIH. La ville de Nouakchott a enregistré la plus grande proportion (51%) et celle de Rosso la plus faible proportion (8%), de PS ayant déclaré savoir où elles peuvent réaliser le test de dépistage du VIH. Les lieux de réalisation du test de dépistage les plus cités par les PS se présentent par ordre décroissant comme ci-après :

- Hôpital/centre de santé, 33% ;
- Associations/pairs éducateurs, 9% ;
- Laboratoire privé, 8% et ;

- Relais communautaire, 4%.

Alors que 52% des PS préfèrent se faire tester pour le VIH dans un centre de santé, 34% préfèrent les services communautaires (28% associations/pairs éducateurs et 6% Relais communautaire).

Tableau V. 17: Accès aux services de dépistage du VIH par les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
Sait où elle peut réaliser le test de dépistage du VIH dans cette ville (Q510)				
Oui	20	51	8	41
Lieu de dépistage du VIH connu dans cette ville (Q511)				
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Sait que l'on peut se faire dépister pour le VIH dans un Hôpital/Centre de santé	13	43	3	33
Sait que l'on peut se faire dépister pour le VIH par les Associations/Pairs éducateurs	17	10	2	9
Sait que l'on peut se faire dépister pour le VIH par les Relais communautaire	12	4	2	4
Sait que l'on peut se faire dépister pour le VIH au niveau des Centres de dépistage mobile	0	1	0	0
Sait que l'on peut se faire dépister pour le VIH dans un Laboratoire privé	0	10	0	8
Lieu/structure de préférence pour la réalisation du test de dépistage du VIH (Q512)				
	n =140	n =53	n =62	n =255
Hôpital /centre de santé	33	50	71	52
Associations/Pairs éducateurs	61	27	16	28
Relais communautaire	4	5	8	6
Autres (lister les structures citées par villes)	2	17	5	14

5.6.2. Test de dépistage du VIH et accès aux traitements anti retro viraux et à la charge virale

Les trois tableaux ci-dessous rendent compte de la réalisation du test de dépistage du VIH par les PS et leurs accès aux traitement ARV et à la charge virale.

Environ trois PS sur dix (28%) ont déclaré avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH dans leur vie. Trois PS sur dix (31%) parmi celles qui ont affirmé avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH dans leur vie, ont déclaré avoir été testé au cours des 6 derniers mois et 25% ont déclaré avoir été testé et ont reçu leurs résultats de test VIH au cours des 6 derniers mois. La plus forte proportion de PS qui ont reçu leur dernier

résultat de test VIH au cours des 6 derniers mois, parmi les PS qui ont affirmé avoir déjà effectué un test de dépistage dans leur vie, est observé à Rosso (44%) et la plus faible à Nouakchott (22%). En ce qui concerne le nombre de tests de dépistage du VIH réalisé par celles testées dans les 6 derniers mois, 70%, 26% et 4% des PS ont réalisé le test du VIH respectivement une fois, deux fois et trois fois au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Par ailleurs, le pourcentage de PS qui déclarent avoir subi un test de dépistage du VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou qui savent qu'elles vivent avec le VIH est de 56% (67% à Rosso, 55% à Nouakchott et 49% à V).

Tableau V. 18: Test de dépistage du VIH parmi les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
A déjà effectué un test de dépistage du VIH (Q513)				
Oui	43	29	15	28
Testé dans les 6 derniers mois (Q514)				
	n =64	n = 17	n = 10	n = 91
Oui	33	28	55	31
Fréquence de soumission au dépistage au cours des 12 derniers mois (Q515)				
	n = 57	n = 14	n = 9	n = 80
Une fois	77	68	74	70
Deux	16	30	13	26
Trois fois	7	2	13	4
A été testé pour le VIH dans les 6 derniers mois et a reçu les résultats (Q514_1) et Q516_1)				
	n =64	n =17	n =10	n =91
	33	22	44	25
Pourcentage de personnes issues des PS qui déclarent avoir subi un test de dépistage du VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou qui savent qu'elles vivent avec le VIH (%)*				
	49	55	67	56

Les données issues des discussions de groupe confirment les réticences de certaines PS à se soumettre au dépistage du VIH. De l'analyse des données qualitatives, il ressort diverses raisons parmi lesquelles on peut citer :

✓ **L'ignorance**

« Moi j'ai exercé 2 ans ce métier, avant de savoir que les tests existaient et que c'était si important de le faire. Je suis présentement à mes 10 ans de métier, chaque fois que l'occasion se présente, je suis volontaire pour effectuer des tests... » Focus Group Nouadhibou

✓ **La peur et l'acceptation des résultats**

*« Moi, je suis partagée entre la peur et l'acceptation de mon statut s'il arrivait le pire ; je suis certaine que je l'aurais pris avec beaucoup de philosophie *Moulane Maaloum* : Dieu est grand. » Focus Group Nouadhibou*

Au total, 25% des PS déjà testées pour le VIH ont déclaré avoir reçu un résultat positif à leur dernier test. Ce taux est de 31% à Nouakchott, 3% à Nouadhibou et 0% à Rosso. La majorité (58%) des PS qui connaissent leur statut sérologique VIH+ le savent depuis plus de 12 mois.

Toutes les PS séropositives qui ont déclaré connaître leur statut VIH sont sous ARV sauf à Nouadhibou où seules 78% sont sous ARV.

Parmi les PS qui connaissent leur statut VIH+ et qui sont sous ARV, 58% le sont depuis plus de 12 mois et 42% entre six et douze mois. Parmi les PS qui sont sous ARV depuis plus de six mois, 42% ont déjà bénéficié d'une mesure de la charge virale et 33% l'ont fait dans les 12 derniers mois.

Parmi celles qui ont reçu les résultats de leur dernière charge virale, 60% avaient un résultat indétectable, 20% avaient une charge virale détectable et 20% ne savaient pas ou ont refusé de communiquer leur résultat.

Un total de 75% des PS qui connaissent leur statut VIH+ ont participé au moins une fois à un groupe de soutien pour les PVVIH.

Tableau V. 19: Accès aux traitements anti retro viraux et à la charge virale parmi les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
A reçu un résultat positif au dernier test (Q517)				
	n = 63	n = 16	n = 9	n = 88
Oui (positif)	3	31	0	25
A reçu un résultat positif au dernier test parmi celles déjà testées pour le VIH (Q517, Q513)				
	n =64	n = 17	n = 10	n = 91
oui	3	29	0	24
Est sous traitement antirétroviral parmi celles qui se savent VIH+ (Q518)				
	n = 4	n = 5	n = 0	n = 9
Non	22	0	-	0
Oui	78	100	-	100
Durée de soumission au traitement ARV (Q518b)				
	n = 3	n = 5	n = 0	n = 8
Moins de 6 mois	0	0	-	0
Entre 6 et 12 mois	0	42	-	42
Plus de 12 mois	100	58	-	58
A déjà fait une mesure de la charge virale parmi celle ayant initié le traitement depuis plus de 6 mois (Q520)				
	n = 3	n = 5	n = 0	n = 8

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
Oui	21	42	-	42
Période de réalisation de la dernière mesure de la charge virale parmi celle ayant initié le traitement depuis plus de 6 mois (Q521)				
Dans les 12 derniers mois				
0	0	34	-	33
> 1 an	21	8	-	9
Résultat du dernier examen de la charge virale parmi celle ayant initié le traitement depuis plus de 6 mois (Q522)				
	n = 1	n = 3	n = 0	n = 4
CV détectable	100	20	-	20
CV non détectable	0	60	-	60
Refus/NSP	0	20	-	20
A déjà assisté à un groupe de soutien pour les personnes vivant avec le VIH (Q523)				
	n = 4	n = 5	n = 0	n = 9
Oui	0	76	-	75
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Personnes parmi les PS qui connaissent leur statut sérologique VIH positif actuel.				
	1	9	0	7

Au total, 14% des PS ont déclaré avoir déjà entendu parler des autotests du VIH. Ce taux est de 22% à Rosso, 12% à Nouakchott et 11% à Nouadhibou. Plus de quatre PS sur dix (45%) parmi celles qui ont déclaré avoir entendu parler des autotests du VIH, ont affirmé avoir reçu une proposition de faire un autotest de dépistage du VIH.

Près de la moitié des PS (40%) ont déjà effectuée un autotest de dépistage du VIH et 20% parmi elle l'on fait au cours des six derniers mois. La principale raison citée pour laquelle l'autotest n'a jamais été effectué est qu'elles ne savent pas où l'obtenir dans leur milieu de résidence.

Plus de quatre PS sur cinq (86%) ont déclarée avoir déjà bénéficié avant ou pendant le test, d'une démonstration réalisée par un prestataire formé ou un pair et seulement 23% ont eu connaissance de l'utilisation des autotests VIH au cours des 6 derniers mois par ses partenaires, clients ou potentiels clients.

Les pairs éducateurs sont les principaux fournisseurs de l'autotest aux PS (74%).

Dans l'ensemble, 70% des PS sont prêtes à proposer l'utilisation des autotests VIH à leurs partenaires, clients ou potentiels clients.

Tableau V. 20: Autotest du VIH et accès au service d'auto-dépistage du VIH parmi les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
A déjà entendu parler des autotests du VIH (Q525)				
Oui	11	12	22	14
A reçu une proposition de faire un autotest de dépistage du VIH (Q526)				
	n = 18	n = 6	n = 15	n = 39
Oui	89	29	72	45
A déjà effectué un autotest de dépistage du VIH (Q527)				
	n = 18	n = 6	n = 15	n = 39
Oui	76	23	72	40
Principale raison pour laquelle vous n'avez jamais effectué un autotest de dépistage du VIH (Q528)				
	n = 5	n = 4	n = 4	n = 13
Ne se sent pas à risque pour le VIH	13	12	76	18
Ne sait pas où l'obtenir/ Non disponible où je vis	47	88	24	80
Peur des effets secondaires	30	0	0	1
Autres	9	0	0	0
A déjà effectué un autotest de dépistage du VIH au cours des 6 derniers mois (Q529)				
	n = 18	n = 6	n = 15	n = 39
Oui	63	5	47	20
Type d'échantillon collecté par vous-même pour le test de dépistage (Q530)				
	n = 11	n = 1	n = 7	n = 19
Goutte de sang prélevée au bout du doigt	0	100	0	15
Fluide oral ou salive récolté au moyen d'un collecteur	100	0	100	85
A déjà bénéficié avant ou pendant le test, d'une démonstration réalisée par un prestataire formé ou un pair, vous montrant comment effectuer le test et comment en interpréter les résultats(Q531)				
	n = 11	n = 1	n = 7	n = 19
Oui	88	100	83	86
Le prélèvement et l'interprétation des résultats ont t'ils été effectués directement par vous à l'aide d'un kit accompagné d'une notice d'utilisation du fabricant (Q532)				
	n =11	n =1	n =7	n =19
Oui	0	0	0	0
Lieu d'obtention habituel de l'autotest VIH (Q533)				
	n = 13	n = 2	n = 9	n = 24
Centre de Santé publique	0	20	13	14

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
ONG communautaire	10	0	23	12
Pairs éducateurs	90	80	65	74
A eu connaissance de l'utilisation des autotests VIH au cours des 6 derniers mois par ses partenaires, clients ou potentiels clients (Q534)				
Oui	n = 18 62	n = 6 5	n =15 55	n = 39 23
Être prêt à proposer l'utilisation des autotests VIH à vos partenaires, clients ou potentiels clients (Q535)				
Oui	n = 18 74	n = 6 66	n =15 79	n = 39 70

5.7. CONNAISSANCES, OPINIONS ET ATTITUDES VIS-A-VIS DU VIH/SIDA

Les tableaux ci-dessous présentent la répartition des PS selon leur connaissance, opinions et attitudes vis-à-vis du VIH.

5.7.1. Connaissances en matière de prévention du VIH

L'un des indicateurs clés de cette enquête est la connaissance des PS sur les moyens de se prévenir du VIH et le rejet des fausses croyances relatives à la transmission du VIH. Selon l'ONUSIDA, cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à la série des cinq questions suivantes :

- Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire non infecté et qui n'a pas d'autres partenaires ?
- Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?
- Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?
- Une piqure de moustique peut-elle transmettre le VIH ?
- Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?

Près de huit PS sur dix (78 %), quelle que soit la ville de résidence ont déjà entendu parler une fois du VIH ou du sida ; la plus forte proportion est observée à Rosso avec 93% et la plus faible à Nouakchott avec 74%.

Il ressort de cette enquête que seulement 9% des PS connaissent les moyens de se prévenir du VIH et rejettent les fausses croyances relatives à la transmission du VIH. Cette proportion de bonne connaissance en matière de prévention du VIH par les PS à l'échelle des villes varie de 27% (Nouadhibou) à 4% (Rosso).

Tableau V. 21: Connaissance des moyens de se prévenir du VIH et rejet des fausses croyances relatives à la transmission du VIH parmi les PS, Mauritanie, 2024

Variables de connaissances des modes de transmission	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
A déjà entendu parler du VIH/Sida (Q601)				
Oui	79	74	93	78
Sait qu'on peut réduire le risque de transmission du VIH en ayant un seul partenaire sexuel non infecté et qui est lui-même fidèle (Q604)	58	64	71	65
Sait que le risque de transmission du VIH peut être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport sexuel (Q605)	60	63	59	62
Sait qu'on ne peut pas attraper le VIH par des piqûres de moustiques (Q602)	70	48	25	46
Sait qu'une personne en bonne santé physique peut être porteuse du VIH (Q603)	68	54	64	57
Sait qu'on ne peut attraper le VIH en partageant un repas avec une personne infectée par le VIH (séropositive) Q606	55	35	51	39
Connaissance des moyens de se prévenir du VIH et rejet des fausses croyances/ Bonne connaissance en matière de prévention du VIH (bonnes réponses aux 5 questions)*	27	9	4	9

Par rapport à l'âge, 89% des PS âgées de 25 ans et plus ont une bonne connaissance sur la transmission du VIH contre 11% dans la tranche d'âge de 15-24 ans. En ce qui concerne le niveau d'instruction, la plus forte proportion de bonne connaissance sur la transmission du VIH est retrouvée chez les PS n'ayant aucune instruction (47%). Cette proportion est de 31% pour les PS de niveau primaire, 20% chez les PS de niveau secondaire et 3% chez les PS de niveau supérieur.

La répartition des PS en fonction de leur connaissance des moyens de se prévenir du VIH et le rejet des fausses croyances relatives à la transmission du VIH selon l'âge et le niveau d'instruction est présentée dans le tableau V.43 en annexe.

5.7.2. Connaissance en matière de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH

Il découle de la répartition des PS suivant leur connaissance sur la PTME que 44% ont une bonne connaissance de la PTME. C'est la ville de Nouakchott (49%) qui a enregistré la plus forte proportion de connaissance de la PTME ; elle est suivie de la ville de Nouadhibou (36%). La ville de Rosso a enregistré la plus faible proportion de connaissance de la PTME chez les PS (27%).

Les détails concernant la connaissance sur la PTME parmi les PS sont contenus dans le tableau V.44 en annexe.

5.7.3. Utilisation de la contraception

Le tableau ci-après présente la répartition des PS en fonction de leur accès aux services de planification familiale et utilisation de contraception.

Il ressort de cette enquête que 69% des PS ne souhaitent pas devenir enceinte dans les six prochains mois et un peu plus d'une PS sur quatre (26%) ont déclaré utiliser au moment de l'enquête de la pilule, des implants, des injections ou le stérilet pour prévenir la grossesse. Un peu plus d'une PS sur deux (52%) ont déclaré avoir eu des besoins non satisfaits en matière de contraception.

C'est à Nouadhibou que l'on relève le taux le plus élevé de besoins non satisfaits en matière de contraception (70%).

Un total de 14% des PS (22% à Rosso contre 6% à Nouadhibou) se sont fait proposer une méthode contraceptive par un personnel de santé dans les 12 derniers mois.

Tableau V. 22: Utilisation de la contraception parmi les PS, Mauritanie 2024

Variables d'utilisation de la contraception	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
Actuellement enceinte (Q616-2)				
	n =137	n =53	n =62	n =252
Oui	2	3	0	2
Souhaite tomber enceinte dans les 6 prochains mois (Q616) recoder en remplaçant celles qui sont enceinte par variable manquante				
	n =134	n =52	n =62	n =248
Non	84	68	63	69
Utilise actuellement la pilule, des implants, des injections ou le stérilet pour prévenir la grossesse (Q617)				
	n =136	n =52	n=62	n =250

Variables d'utilisation de la contraception	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
Oui	15	27	29	26
S'est fait proposer une méthode contraceptive par un personnel de santé dans les 12 derniers mois (Q618)				
	n =140	n =53	n =62	n =255
Oui	6	13	22	14
Besoins non satisfaits en matière de contraception : % des PS non enceintes qui ne souhaitent pas devenir enceinte dans les 6 prochains mois mais n'ont pas de couverture contraceptive moderne autre que l'utilisation du préservatif				
	n = 137	n = 52	n = 62	n = 251
	70	52	48	52

5.7.4. Comportement des PS vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH (PVIH)

A partir de la réponse aux deux questions ci-après impliquant les personnes vivant avec le VIH, un indicateur composite « Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH » a été calculé. D'une manière générale, cet indicateur composite constitue une mesure de l'ampleur des discriminations envers les PVIH par les PS.

- Achèteriez-vous de la nourriture d'une personne infectée par le VIH (boutiquier ou un vendeur) ?
- Pensez-vous qu'un élève ou un étudiant porteur du VIH et non-malade peut continuer d'aller à l'école ou à l'université ?

Le tableau ci-dessous présente la répartition des PS par sites d'enquête et en fonction de leur comportement vis-vis des PVIH.

Dans l'ensemble des trois villes, la majorité des PS à savoir :

- 73% partageraient un repas avec une personne infectée par le VIH ou malade du sida (81% à Nouakchott et 40% à Rosso) ;
- 81% pensent qu'un élève porteur du VIH et non-malade peut continuer ses études avec ses camarades non infectés (84% à Nouakchott et 69% à Nouadhibou);
- 78% achèteraient de la nourriture ou des légumes d'une personne infectée par le VIH (boutiquier ou un vendeur) mais à Rosso c'est 36% des PS qui ont cette conception.

Dans l'ensemble, le pourcentage de personnes parmi les PS de 15 à 49 ans qui font état d'attitudes discriminatoires à l'en- contre des personnes vivant avec le VIH est de 12%. C'est la ville de Rosso (22%) qui a enregistré la plus grande proportion.

Tableau V. 23: Comportement des PS vis- à-vis des personnes vivant avec le VIH, Mauritanie, 2024

Variables d'attitudes vis-à-vis PVVIH	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
Partagerait un repas avec une personne que vous savez infectée par le VIH ou malade du sida (Q607)				
Oui	n = 110 79	n = 41 81	n = 58 40	n = 210 73
Pense qu'un élève ou un étudiant porteur du VIH et non-malade peut continuer d'aller à l'école ou à l'université (Q609)				
Oui	n = 109 69	n = 41 84	n = 57 73	n = 207 81
Achèterait de la nourriture ou des légumes d'une personne infectée par le VIH (boutiquier ou un vendeur) (Q611)				
Oui	n = 110 85	n = 41 90	n = 58 36	n = 209 78
Rapporte des attitudes discriminatoires à l'en- contre des personnes vivant avec le VIH. (Q609 et Q611)				
	n = 109 12	n = 36 9	n = 57 22	n = 202 12

5.8. Connaissance et couverture en matière de Prophylaxie Pre-Exposition (PrEP) et Post-Exposition (PPE)

Le tableau suivant présente la répartition des PS selon leur connaissance et utilisation de la PrEP.

Globalement, moins d'une PS sur dix (6%) ont déclaré avoir déjà entendu parler de la PrEP. En considérant les villes séparément, c'est Nouakchott qui a enregistré la plus forte proportion (6%) et Nouadhibou la plus faible proportion (1%) de PS ayant déjà entendu parler de la PrEP.

Sur l'ensemble des PS, c'est 5%33% à Rosso qui ont confirmé avoir déjà pris la PrEP. Aucune PS n'a confirmé avoir déjà pris la PrEP dans les autres villes. Aussi aucune des PS testées négatives pour le VIH dans les 12 derniers mois n'a déclaré avoir pris la PrEP dans les six derniers mois.

Tableau V. 24: Connaissance et couverture en matière de prophylaxie Pré-exposition (PrEP) chez les PS, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou	Nouakchott	Rosso	Ensemble
	% (n = 140)	% (n = 53)	% (n = 62)	% (n = 255)
A déjà entendu parler de la PrEP (Q701)				
Oui	1	6	5	6
A déjà pris la PrEP (Q702)				
	n = 3	n = 3	n = 3	n = 9
Oui	0	0	33	5
Principale raison pour laquelle vous n'avez jamais pris de PrEP (Q703)				
Ne se sent pas à risque pour le VIH	0	3	2	2
Autres	1	3	2	3
A pris la PrEP dans les 6 derniers mois parmi celles testées négatives pour le VIH dans les 12 derniers mois (Q705)				
Oui	-	-	-	-
Lieu d'approvisionnement habituelle de la PrEP par celles qui ont pris la PrEP dans les 6 derniers mois (Q707)				
Clinique publique	-	-	-	-
ONG communautaire	-	-	-	-
Pharmacie	-	-	-	-
Autres	-	-	-	-
Régime de prise de la PrEP (Q708)				
Quotidiennement comme prescrit	-	-	-	-
Non-quotidiennement comme prescrit	-	-	-	-
A pris la PrEP dans les 7 derniers jours parmi celles qui ont pris la PrEP dans les 6 derniers mois (Q709)				
Oui	-	-	-	-

Le tableau suivant présente la répartition des PS selon leur connaissance et utilisation de la PPE.

Globalement, 1% des PS ont déclaré avoir déjà entendu parler de la PPE (5% à Rosso et 1% à Nouakchott). Aussi 2% des PS de Rosso ont déclaré en avoir pris au cours des six derniers mois ; aucune des PS de Nouakchott qui ont affirmé avoir déjà entendu parler de la PPE, n'a déclaré en avoir déjà pris.

Tableau V. 25: Connaissance et couverture en matière de prophylaxie Post-exposition (PPE) chez les PS, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
A déjà entendu parler de la PPE (Q710)				
Oui	0	1	5	1
A déjà pris la PPE (Q711)				
Oui	0	0	2	0
A pris la PPE au cours des six derniers mois (Q712)				
	n =140	n = 53	n = 61	n = 254
Oui	0	0	2	0

5.9. EGALITE DES SEXES, DROITS DE L'HOMME ET ELIMINATION DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION

5.9.1. Accès aux services par les PS au cours des 12 derniers mois

Le tableau ci-dessous présente la répartition des PS suivant qu'elles aient eu accès aux services de santé au cours des 12 derniers mois.

Une PS sur deux (50%) ont déclaré avoir fréquenté un centre de santé ou un hôpital au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête et parmi ces PS qui ont déclaré avoir fréquenté un centre de santé ou un hôpital au cours des 12 derniers mois, 22% ont affirmé que le service rendu par les centres publics était de mauvaise qualité.

Aussi, 9% des PS ont déclaré avoir eu peur de demander des services de santé au cours six derniers mois ayant précédés l'enquête par crainte que quelqu'un apprenne qu'elles sont PS. Par ailleurs, 7% des PS ont déclaré avoir évité de consulter les services de santé dans les 12 derniers mois par crainte d'être identifiée comme PS.

Tableau V. 26: Accès aux services par les PS au cours des 12 derniers mois, Mauritanie 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n =255)
A fréquenté un centre de santé ou un hôpital au cours des 12 derniers mois (Q803)				
Oui	15	55	44	50
A déjà eu peur de demander des services de santé par crainte que quelqu'un apprenne que vous êtes une PS (Q811)				
Jamais	98	88	98	91
Au cours des 6 derniers mois	2	12	2	9
>12 mois	0	0	0	0
A déjà eu peur de demander des services de santé dans les 12 derniers mois par crainte que quelqu'un apprenne que vous êtes une PS (Q811_1_2)				

Facteurs	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
Au cours des 12 derniers mois	2	12	2	9
A déjà évité de consulter les services de santé dans les 12 derniers mois par crainte que l'on vous identifie comme une PS (Q812_1_2)				
Au cours des 12 derniers mois	2	8	4	7
A une perception négative du service rendu par les centres de santé ou hôpitaux consultés dans les des 12 derniers mois Q804				
	n = 23	n = 32	n = 28	n = 83
Mauvaise	17	24	11	22
S'est fait refuser des soins au cours des 12 derniers mois, parmi celles qui ont consulté dans les 12 derniers mois (Q805)				
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
S'est fait refuser des préservatifs au cours des 12 derniers mois à cause de son statut de PS	7	24	10	21
S'est fait refuser des soins de santé dans les 12 derniers mois à cause de son statut de PS	3	9	2	8
S'est fait refuser un emploi au cours des 12 derniers mois à cause de son statut de PS	1	3	2	2
S'est fait refuser l'éducation au cours des 12 derniers mois à cause de son statut de PS	1	6	0	5
S'est fait refuser Transport public/Taxi/bus au cours des 12 derniers mois à cause de son statut de PS	1	4	0	3
S'est fait refuser Service religieux (consultation d'un imam, pasteur, prêtre) au cours des 12 derniers mois à cause de son statut de PS	1	7	2	5
S'est fait refuser Service de restauration au cours des 12 derniers mois à cause de son statut de PS	1	0	0	0
S'est fait refuser L'assistance de la police au cours des 12 derniers mois à cause de son statut de PS	3	14	0	11

L'analyse des données qualitatives a permis de mieux appréhender les principales raisons pour lesquelles les PS n'utilisent pas les services de soins et traitement du VIH ou IST même lorsqu'elles en ont besoin :

« *Moi, je n'aime pas aller à *Tab Espagnol* et à la clinique CANSADO. Pratiquement tout le monde me connaît.* » Focus Group Nouadhibou

« *Moi je préfère aller là où il y a des gynécologues étrangers, c'est l'anonymat et c'est l'efficacité...* » Focus Group Nouadhibou

« En tout cas moi je galère avec les infirmières qui travaillent au centre de santé du quartier robinet ; elles ne connaissent comme remède que les amoxicillines et les paracétamols ; rien d'autres et souvent nos infections ne se dissipent pas. » Focus Group Nouadhibou

5.9.2. Stigmatisation intériorisée

Le tableau ci-dessous présente la répartition des PS suivant qu'elles présentent une stigmatisation intériorisée.

A la question de savoir si elles ont honte d'être une PS, 86% (96% à Rosso contre 83% à Nouadhibou) des PS ont répondu qu'elles étaient d'accord/tout à fait d'accord ;

A la question de savoir si elles ont honte de dire qu'elles sont PS dans un rassemblement avec d'autres personnes qui sont TS, 52% (57% à Nouakchott contre 36% à Rosso) des PS ont répondu qu'elles étaient d'accord/tout à fait d'accord ;

A la question de savoir si elles ont honte de dire qu'elles sont PS lorsqu'elles rencontrent un agent de santé dans leur communauté, 41% (48% à Nouadhibou contre 31% à Rosso) des PS ont répondu qu'elles étaient d'accord/tout à fait d'accord.

Tableau V. 27: Stigmatisation intériorisée parmi les PS, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
A honte d'être une travailleuse du sexe (Q806)	n = 139 83	n = 52 84	n = 61 96	n = 252 86
A honte de dire que je suis une PS dans un rassemblement avec d'autres personnes qui sont PS (Q807)	n = 139 38	n = 52 57	n = 60 36	n = 251 52
A pas honte de dire que je suis une PS lorsque je rencontre un agent de santé dans ma communauté (Q808)	n = 139 48	n = 51 42	n = 62 31	n = 252 41

5.9.3. Expériences de stigmatisation et/ou discrimination et de violation de droits des PS

Le tableau ci-après décrit les expériences de stigmatisation/discrimination et de violation de droits vécues par les PS au niveau familial et social.

Au cours des six derniers mois ayant précédé l'enquête :

- 14 % des PS ont été ou se sont senti exclues des activités familiales à cause de leur statut de PS ;
- 14 % des PS ont été victime de réprimande à cause de leur statut de PS ;

- 17 % des PS ont été victime de chantage parce qu'elles sont PS :
- 21% des PS ont eu l'impression que les membres de leur famille ont fait des commentaires injustes ou tenu des propos déplacés à leur sujet parce qu'elles sont PS.

L'indicateur composite de stigmatisation et discrimination vécues par les populations clés se construit à partir des trois variables suivantes :

- Vous êtes-vous déjà senti(e) exclu(e) des activités familiales parce que vous [êtes une travailleuse du sexe] ?
- Quelqu'un vous a-t-il déjà réprimandé parce que vous [êtes une travailleuse du sexe] ?
- Quelqu'un vous a-t-il déjà fait chanter parce que vous [êtes une travailleuse du sexe] ?

Dans l'ensemble, 16% des PS ont déclaré avoir été victime de stigmatisation et de discrimination (19% à Nouakchott qui a enregistré la plus forte proportion contre 4% à Rosso qui présente la plus faible proportion), Par ailleurs, la ville de Nouadhibou a enregistré 7% de PS qui ont déclaré avoir été victime de stigmatisation et de discrimination. Aussi, 7% des PS ont déclaré avoir évité des services de santé au cours des 12 derniers mois à cause de la stigmatisation et de la discrimination.

Tableau V. 28: Expériences de stigmatisation/discrimination et de violation de droits des PS au niveau familial et social, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
A été ou s'est senti exclu des activités familiales à cause de son statut de PS (Q809)				
	n=139	n=50	n=57	n=246
Oui	7	17	4	14
A déjà été victime de réprimande à cause de votre statut de PS (Q813)				
Oui	3	18	2	14
A été victime de chantage (demandé de l'argent ou des services contre votre volonté) parce que vous êtes une PS (Q814)				
oui	1	21	2	17
Pourcentage des PS qui rapportent avoir été victime de stigmatisation et de discrimination dans les 6 derniers mois**				
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
	7	19	4	16
A déjà eu l'impression que les membres de la famille ont fait des commentaires injustes ou tenus des propos déplacés à votre sujet parce que vous êtes PS (Q810)				
	n = 139	n = 52	n = 62	n = 253

Facteurs	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Oui, au cours des 6 derniers mois	6	27	2	21
Évitement des services de santé parmi les PS à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois (Q812)	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
	2	8	4	7

L'analyse des données qualitatives révèle que des cas d'expériences de stigmatisation/discrimination et de violation de droits vécus par les PS comme en témoignent les verbatims ci-dessous.

*« J'ai souffert de discrimination de la part de tout le monde sur le lieu de travail dans les lieux publics ; les arrêts-bus, même dans la rue. Si un enfant de l'âge de ton cadet se permet de te traiter avec des superlatifs tels que : * Hé la vieille*. Le plus choquant pour moi c'est quand on me dit *Khabata* (la tapeuse). Beaucoup de clients payant parlent espagnol car NDB est une ville portuaire qui s'ouvre du côté de la mer, vers l'Espagne et pour s'adresser à moi ils utilisent un mot *Hola Puta quetal* et moi je dis : Mouye Bienne sans qu'ils ne sachent que cela m'énervait. » Focus group Nouadhibou*

« Nous subissons partout la discrimination dans les commerces, au marché ou les restaurants, au port. Je sais que je leur inspire la honte. Mais je ne peux pas m'empêcher de le faire. Je ne suis pas une victime, je suis celle qui a choisi cette vie. J'ai passé beaucoup de temps à faire cette profession, et j'ai obtenu beaucoup d'argent grâce à elle. Je suis contente même avec les discriminations et les stigmatisations. » Focus group Nouadhibou

5.9.4. Expériences de violence physique et sollicitation de recours par les PS

Au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête, 12% des PS ont été victime de violence physique (violenté ou brutalisé). Les PS objets de violence physique au cours des 12 derniers mois ont rapporté plusieurs auteurs de ces violences physiques, à savoir par ordre décroissant :

- les membres de leur famille (64%) ;
- les forces de sécurité (40%) ;
- des membre de leur communauté (34%) ;
- des inconnus (17%).

Tableau V. 29: Violences physiques à cause du statut de PS, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
A été victime de violence physique dans les 12 derniers mois (Q815)				
12 derniers mois	3	15	0	12
Auteur des violences physiques dans les 12 derniers mois (plusieurs réponses possibles) (Q816)				
	n = 5	n = 9	n = 0	n = 14
Un membre de la famille	41	64	-	64
Un membre de la communauté en général	0	34	-	34
Une force de sécurité	0	41	-	40
Un inconnu	59	16	-	17

Le tableau ci-après présente la répartition des PS selon les différents recours sollicités par ces dernières en cas de violence physique.

Une PS sur dix (10%) parmi celles ayant déclaré avoir été objets de violence physique dans les 12 derniers mois, ont déclaré avoir eu recours aux forces de l'ordre suite à la dernière agression qu'elles ont subi. Aussi, les 10% de PS qui ont sollicité un recours consécutif à une violence physique ont déclaré avoir eu une suite par rapport au recours sollicité.

Tableau V. 30: Sollicitation de recours en cas de violence physique par les PS dans les 12 derniers mois, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Type de recours sollicité suite à la dernière agression physique dans les 12 derniers mois (Q817b)				
	n = 6	n = 10	n = 1	n = 17
Association des femmes professionnelles du sexe	0	0	0	0
Famille	0	0	0	0
Communauté	0	0	0	0
Forces de sécurité	7	11	0	10
A eu une suite par rapport aux recours sollicités dans les 12 derniers mois (Q818)				
	n = 6	n = 10	n = 1	n = 17
Oui	7	11	0	10

5.9.5. Expériences de violence sexuelle et relation des PS avec les forces de sécurité

Une PS sur dix (12%) ont déclaré avoir été forcé à avoir un rapport sexuel contre leur consentement dans les 12 derniers mois.

L'indicateur composite pourcentage de PS qui déclare avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 6 derniers mois se construit à partir de la réponse aux deux questions suivantes :

- Au cours des 6 derniers mois, combien de fois quelqu'un vous a-t-il fait du mal physiquement, par exemple en vous frappant ou en vous étranglant ou en vous menaçant avec un couteau ou une autre arme ? (Cela ne s'est pas produit au cours des 6 derniers mois, une fois, 2-5 fois, 6-10 fois, 10 fois ou plus, ne sait pas, refuse de répondre)
- Au cours des 6 derniers mois, combien de fois quelqu'un vous a-t-il trompé, menti ou menacé pour vous obliger à avoir des rapports sexuels alors que vous ne le vouliez pas ? (Cela ne s'est pas produit au cours des 6 derniers mois, une fois, 2-5 fois, 6-10 fois, 10 fois ou plus, ne sait pas, refuse de répondre).

Le numérateur et le dénominateur se définissent comme suit :

***Numérateur** : Nombre de personnes parmi les PS qui ont déclaré que l'un ou l'autre des incidents leur était arrivé au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

* **Dénominateur** : Nombre total de répondants PS

Globalement, environ deux PS sur dix à savoir 17% pour l'ensemble des villes dont 22% à Nouakchott contre 1% à Rosso rapportent avoir subies des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois. Aussi, 10% des PS ont déclaré avoir été arrêté (conduit au poste de police ou en prison) au cours des 12 derniers mois parce qu'elles sont PS.

Tableau V. 31: Violences sexuelles et relation des PS avec les forces de sécurité, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n =255)
A été forcé à avoir un rapport sexuel contre son gré dans les 12 derniers mois (Q819)				
12 derniers mois	2	15	1	12
Pourcentage des PS qui rapportent avoir subies des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois (Q815 , Q819)*				
	n = 140	n = 53	n = 62	n =255
Oui	4	22	1	17
A déjà été arrêté (conduit au poste de police ou en prison) parce que vous êtes une professionnelle du sexe (Q820)				
Jamais	95	80	100	85
12 derniers mois	3	13	0	10
>12 mois	2	7	0	6

L'analyse des données qualitatives révèle que des cas d'agression ou abus ont été rapportés par les PS comme en témoignent les verbatims ci-dessous :

*« Quand ils finissent de se donner plaisir, il regarde l'environnement et me disent qu'ils ne payent pas. Mais je leur fais savoir qu'ils sont obligés de payer sinon je crie au secours. Ils finissent toujours par payer et souvent en renégociant à la baisse. Il y a des hommes qui n'ont pas honte. En plus moi je n'ai rien à perdre je suis PVVIH et PS.»
EIA Nouakchott*

« Les tracasseries policières sont récurrentes et déstabilisantes pour les PS, car des rafles sont organisées juste pour renflouer les caisses de la police ... Souvent pour des motifs non valables comme par exemple : possession de préservatif'.

Certes, l'activité est moralement et religieusement interdite, cependant, il y a abus, elles sont souvent condamnées ; surtout, pour celles qui ne payent pas d'amendes et sont obligées de déménager ponctuellement, pour passer dans l'anonymat. » EIA Nouakchott

*« Les PS ont beaucoup de problèmes avec la police, par des descentes et rafles périodiques, à leur domicile ou leur *clando (Chambre louée à l'occasion pour leur activité sexuelle payante) *. La police les embarque juste parce qu'ils ont trouvé des préservatifs chez elles et ils les emmènent souvent jusqu'au tribunal à cause de cela. Finalement, elles sont parfois obligées de payer des amendes pour activité illégale, afin de retrouver leur liberté. » EID Relais communautaire Nouakchott*

5.9.6. Attitudes sur les violences faites aux femmes rapportées par les PS

Le tableau suivant présente la répartition des PS en fonction de leurs attitudes à l'égard des violences contre les femmes.

Un peu plus de quatre PS âgées de 15 à 49 ans sur dix (41%) ont déclaré qu'un mari a le droit de frapper ou de battre sa femme pour des raisons spécifiques. La ville de Nouakchott (45%) présente la plus grande proportion de PS ayant déclaré qu'un mari a le droit de frapper ou de battre sa femme pour des raisons spécifiques. Elle est suivie de Rosso (35%). La ville de Nouadhibou (22%) présente la plus faible proportion de PS ayant déclaré qu'un mari a le droit de frapper ou de battre sa femme pour des raisons spécifiques.

Tableau V. 32: Attitudes à l'égard de la violence contre les femmes parmi les PS, Mauritanie, 2024

Facteurs	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Pense qu'un mari peut frapper ou battre sa femme si elle sort sans le lui dire (Q821)				
Oui	8	35	31	32
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Pense qu'un mari peut frapper ou battre sa femme si elle néglige les enfants (Q822)				
Oui	13	33	20	29
Pense qu'un mari peut frapper ou de battre sa femme si elle se dispute avec lui (Q823)				
Oui	10	21	8	18
Pense qu'un mari peut frapper ou de battre sa femme si elle refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui (Q824)				
Oui	18	31	17	28
Pense qu'un mari peut frapper ou de battre sa femme si elle brûle la nourriture (Q825)				
Oui	2	22	13	19
Pourcentage de PS âgées de 15 à 49 ans qui pense qu'un mari a le droit de frapper ou de battre sa femme pour des raisons spécifiques*				
	n = 138	n = 48	n = 61	n = 247
Oui	22	45	35	41

*Nombre de répondants qui sont d'accord avec au moins une des déclarations / sur le nombre total de répondants

5.10. CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

Les tableaux ci-dessous font le point de la consommation d'alcool et de drogues chez les PS.

5.10.1. Consommation de boissons alcoolisées

Moins d'une PS sur dix (3%) ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des six derniers mois.

Environ trois PS sur dix (28%) parmi celles qui ont affirmé consommer de l'alcool, ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des clients sous l'influence de l'alcool au cours des six derniers mois. Pour 27% des PS parmi celles qui ont affirmé consommer de l'alcool au cours des six derniers mois, elles étaient sous l'effet de l'alcool lors du dernier rapport sexuel avec un client. Parmi les PS qui boivent de l'alcool, 1% ont déclaré consommer habituellement lors d'une soirée alcoolisée, 5 bouteilles de 33 cl et plus.

Les variables visant à mesurer l'intoxication à l'alcool dans les 12 derniers mois, montrent que 0% (2% à Nouadhibou et 0% dans les autres villes) des PS ont vécu un épisode mensuel où elles n'arrivaient plus à s'arrêter de boire après avoir commencé.

Tableau V. 33: Consommation de boissons alcoolisées parmi les PS, Mauritanie, 2024

Catégorie	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n =255)
Fréquence de consommation de boissons alcoolisées au cours des 6 derniers mois (Q901)				
Tous les jours	1	1	0	1
Occasionnellement	20	0	2	2
Jamais	78	99	98	97
Etait sous l'effet de l'alcool lors du dernier rapport sexuel avec un client (Q906)*				
	n = 32	n = 1	n = 1	n = 34
Oui	41	0	0	25
A eu des relations sexuelles avec un client sous l'effet de l'alcool pendant les 6 derniers mois (Q907)				
	n = 32	n = 1	n = 0	n = 33
Oui	40	0	-	28
Consomme habituellement plus de 5 bouteilles de 33cl lors d'une soirée alcoolisée, parmi celles qui ont consommé de l'alcool dans les 6 derniers mois (Q902)**				
	n = 32	n = 1	n = 1	n = 34
Oui (Cinq et plus)	1	0	0	1
N'a pas pu arrêter de boire lorsqu'il a commencé au cours des 12 derniers mois (Q903)***				
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Oui	2	0	0	0
Ressent au moins mensuellement de la culpabilité ou des regrets suite à un excès de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois (Q904)				
	n=138	n=53	n=58	n=249
Oui (Pas tous les mois/Tous les mois/Toutes les semaines/Presque tous les jours)	2	0	0	0
Est au moins mensuellement dans l'incapacité de se souvenir de la nuit précédente du fait de l'alcool (Q905)				
	n=139	n=53	n=60	n=252
Oui (Pas tous les mois/Tous les mois/Toutes les semaines/Presque tous les jours)	1	0	0	0

5.10.2. Consommation de la drogue

Les PS étaient 2% ayant déclaré avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive (cannabis, cocaïne, héroïne etc.) et 1% en avaient consommé dans les six mois précédant l'enquête. La proportion de PS ayant déclaré avoir consommé des substances psychoactives au cours des six derniers mois est de 3% à Nouadhibou contre 0% à Rosso.

Les substances psychoactives les plus consommées par celles qui ont déclaré avoir consommé des stupéfiants dans les 6 derniers mois sont par ordre décroissant :

- Cannabis (consommée par 33% des utilisatrices de drogues) ;
- Cocaïne (consommée par 4% des utilisatrices de drogues).
- Héroïne (consommée par 2% des utilisatrices de drogues).

Moins d'une PS sur dix (2%) ont déclaré avoir déjà injecté au moins une fois un stupéfiant (substance comme la cocaïne, héroïne etc.) au cours des six derniers mois.

Par ailleurs, 1% des PS à Nouadhibou ont déclaré être sous l'effet de stupéfiants au dernier rapport sexuel avec un client.

Tableau V. 34: Consommation de drogues par les PS, Mauritanie, 2024

Catégorie	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
A déjà essayé l'une au moins de ces substances psycho active (Chanvre indien, Cannabis/Marijuana, cocaïne, héroïne etc.) (Q908)				
	n = 139	n = 52	n = 58	n = 249
Dans les 6 derniers mois	3	1	0	1
Oui, mais pas dans les 6 derniers mois	1	2	2	2
Type (s) de drogue (s) consommée (s) par celles qui ont consommé des stupéfiants dans les 6 derniers mois (Q910)				
	n = 5	n = 2	n = 2	n = 8
Cannabis	65	33	0	33
Cocaïne	35	0	0	4
L'héroïne	21	0	0	2
Amphétamine	0	0	0	0
MDMA/Ecstasy	0	0	0	0
Benzodiazépines (Tranxene, Valium, Rivotril)	0	0	0	0
A injecté au moins une fois un stupéfiant (substance comme la cocaïne, héroïne etc.) au cours des 6 derniers mois (Q911)				
Oui	1	2	2	2

Catégorie	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Était sous l'effet de stupéfiant au dernier rapport sexuel (Q909)				
Oui	1	0	0	0
A utilisé de stupéfiants lors des rapports sexuels au cours des 6 derniers mois (Q912)				
Oui	1	0	0	0

5.11. ACCES AUX SERVICES, SEANCES D'INFORMATION SUR LE VIH ET OUTILS DE PREVENTION DU VIH

Les tableaux suivants présentent la répartition des PS selon leur exposition aux interventions de lutte contre les IST, le VIH et le Sida.

5.11.1. Exposition aux actions de prévention des IST, VIH et Sida

Un peu moins d'une PS sur deux (48%) dans l'ensemble des trois villes ont déclaré avoir entendu, lu ou vu un ou plusieurs message(s) sur les maladies qu'on peut attraper au cours des rapports sexuels durant les six derniers mois ayant précédé l'enquête. Les plus fortes proportions de PS ayant déclaré avoir entendu, lu ou vu un ou plusieurs message(s) sur les IST durant les six mois ayant précédé l'enquête sont observées à Nouakchott (54%) et à Rosso (36%) tandis que la plus faible proportion est observée à Nouadhibou (13%).

Plusieurs sources d'information ont été citées par les PS qui ont déclaré avoir entendu, lu ou vu un ou plusieurs message(s) sur les maladies qu'on peut attraper au cours des rapports sexuels durant les six derniers mois ayant précédé l'enquête. Les sources les plus citées sont par ordre décroissant :

- Radio/ Télévision/ Journaux/ Brochure / affiche (35%) ;
- Amis / parents/ Conjoint (20%) ;
- A l'école/ Au travail (5%).

Les détails concernant l'accès aux messages de prévention contre les IST, le VIH et le Sida au cours des six derniers mois par ville d'enquête sont contenus dans le tableau 45 en annexe.

Deux PS sur 100 (1%) ont déclaré avoir déjà parlé du VIH ou des IST avec « un(e) pair(e)- éducateur (rice) » au cours des six derniers mois. A l'échelle de chacune des villes, ce sont 2% (proportion la plus élevée) et 1% (plus faible proportion) respectivement à Nouakchott et Nouadhibou, Rosso qui ont déclaré avoir déjà parlé du VIH ou des IST avec « un(e) pair(e)- éducateur (rice) » au cours des six derniers mois.

Seul une PS sur 100 (1%) a déclaré avoir bénéficié de l'un au moins des différents services tels que le dépistage du VIH, la PrEP ou d'autres services de prévention ou de traitement dans leur lieu de travail/école au cours des 12 derniers mois.

Les détails par ville d'enquête sont contenus dans le tableau 46 en annexe.

Un peu moins de deux PS sur dix (16%) ont déclaré avoir reçu des préservatifs gratuits au cours des trois derniers mois ayant précédé l'enquête. Seule la ville de Rosso à présenter des proportions en dessous de la moyenne nationale avec 7% des PS de cette ville qui ont déclaré avoir reçu des préservatifs gratuits au cours des trois derniers mois. Aussi, 12% des PS ont déclaré avoir reçu gratuitement des préservatifs et des gels lubrifiants au cours des six derniers mois ayant précédé l'enquête. Par ailleurs, 18% des PS ont répondu avoir reçu des conseils sur l'utilisation du préservatif et les rapports sexuels protégés (23% à Nouakchott contre 2% à Rosso).

Les détails par ville d'enquête sont contenus dans le tableau 47 en annexe.

Un peu plus de quatre PS sur dix (43%) ont déclaré avoir un besoin mensuel en préservatif masculin de plus de 20 unités. Le besoin mensuel de plus de 20 unités de préservatif masculin est exprimé par 79% des PS de Nouadhibou contre 1% des PS de Rosso. Par ailleurs, près de neuf PS sur dix (88%) ont déclaré n'avoir aucun besoin mensuel en préservatif féminin. Aussi, 15% des PS ont déclaré avoir eu des difficultés à se procurer des préservatifs en situation de besoin dans les 6 derniers mois ayant précédé l'enquête. Dans les villes de Nouadhibou et Nouakchott, c'est respectivement 36% et 15% des PS qui ont déclaré avoir eu des difficultés à se procurer des préservatifs en situation de besoin dans les 6 derniers mois ayant précédé l'enquête.

Les dépenses moyennes pour achat de préservatif faites par les PS au cours du dernier mois s'élèvent à 910 MRU. Ces dépenses varient de 2158 MRU (Nouadhibou) à 982 MRU (Nouakchott).

Les détails par ville d'enquête sont contenus dans le tableau 48 en annexe.

5.11.2. Couverture des programmes de prévention du VIH

L'indicateur « Avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention combiné au cours des 3 derniers mois » est calculé en considérant le nombre de personnes parmi les PS qui déclarent bénéficier d'au moins deux des interventions de prévention indiquées rapporté sur le nombre de PS répondant :

- A reçu des préservatifs et des gels lubrifiants au cours des trois derniers mois ;
- A reçu des conseils sur l'utilisation du préservatif et les rapports sexuels protégés au cours des trois derniers mois ;
- A présenté des signes d'appel d'infections sexuellement transmissibles au cours des trois derniers mois.

Près de deux PS sur dix (16%) et un peu plus d'un PS sur dix (12%) ont déclaré avoir reçu respectivement des préservatifs et du gel lubrifiant gratuits au cours des trois derniers mois.

Ce sont 18% des PS qui ont déclaré avoir reçu des conseils sur l'utilisation du préservatif et les rapports sexuels protégés au cours des 3 derniers mois. Près de la moitié des PS (44%) ont déclaré avoir été dépisté pour les infections sexuellement transmissibles au cours des trois derniers mois.

Dans l'ensemble, 19% des PS ont déclaré avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention combiné au cours des 3 derniers mois. La proportion la plus élevée de PS ayant déclaré avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention combiné au cours des 3 derniers mois est observé à Nouadhibou (27%) et la plus faible proportion est observée à Rosso (5%).

Les tableaux ci-après présentent les couvertures des programmes de prévention du VIH chez les PS

Tableau V. 35: Couverture des programmes de prévention du VIH au cours des 3 derniers mois parmi les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
A reçu des préservatifs gratuits au cours des 3 derniers mois (Q1004)				
Oui	26	17	7	16
A reçu du gel lubrifiant gratuits au cours des 3 derniers mois (Q1005)				
Oui	27	12	4	12
A reçu des préservatifs et du gel lubrifiant gratuits au cours des 3 derniers mois (Q1004, Q1005)				
Oui	25	11	4	11
A reçu des conseils sur l'utilisation du préservatif et les rapports sexuels protégés au cours des 3 derniers mois (Q1006)				
Oui	14	23	2	18
A été dépisté pour les infections sexuellement transmissibles au cours 3 derniers mois (Q502)				
	n = 84	n = 43	n = 49	n = 176
Oui	31	49	27	44
Pourcentage de PS qui a bénéficié d'au moins deux services de prévention combiné au cours des 3 derniers mois * (Q1004, Q1005, Q1006, Q502)				
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Oui	27	22	5	19

L'indicateur « Avoir reçu un paquet complet d'intervention de prévention » est calculé en considérant les répondants qui ont reçu l'ensemble des services suivants dans les 6 derniers mois, excepté les « non réponse » éventuels :

- A reçu des préservatifs gratuits ou du lubrifiant gratuit au cours des 6 derniers mois (Q1012a, Q1012b)

- A reçu les conseils d'une PE cours des 6 derniers mois (Q1008)
- A été dépisté pour le VIH au cours des 6 derniers mois (Q514)

Un peu plus d'une PS sur dix (16%) ont déclaré avoir reçu des conseils d'une PE au cours des six derniers mois (17% à Nouakchott contre 14% à Nouadhibou et Rosso).

Alors que 10% des PS ont déclaré avoir reçu des consommables (préservatif ou lubrifiant) dans les 6 derniers mois, ce sont 9% qui ont déclaré avoir été testées pour le VIH dans la même période.

Au total, 3% des PS à Nouadhibou ont déclaré avoir reçu un paquet complet d'intervention de prévention au cours des 6 derniers mois (Cette proportion est de 0% à Nouakchott et Rosso).

Tableau V. 36: Couverture des programmes de prévention du VIH au cours des 6 derniers mois parmi les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
A reçu des conseils d'un PE dans les 6 derniers mois (Q1008)				
Oui	14	17	14	16
A reçu des préservatifs ou lubrifiants gratuits au cours des 6 derniers mois (Q1012 ou Q1012b)				
Oui	28	10	5	10
A été dépisté pour le (VIH) au cours des 6 derniers mois Q514				
Oui	14	8	8	9
Pourcentage de PS qui a bénéficié d'un paquet d'intervention de prévention complet au cours des 6 derniers mois (Q1012, Q1012a, Q1008 , Q514)				
Oui	3	0	0	0

Lors des entretiens individuels directifs (EID) avec les informateurs clés, des stratégies d'amélioration de la couverture des programmes de prévention du VIH ont été proposées comme en témoignent les verbatims ci-dessous :

« La meilleure façon d'améliorer les services, c'est de proposer des repas communautaires déjà pour les attirer et ensuite on pourra les connaître et essayer de les convaincre ou encore des discussions autour d'un thé au moins deux fois dans le mois car cela pourrait créer des liens entre nous. Une relation de confiance, ce qui va beaucoup nous faciliter le travail, car elles ne se font pas confiance entre elles. Souvent, elles ne veulent pas que leurs copines sachent leurs résultats si elles sont séropositives par exemple, elles ont un problème de confiance et ne veulent pas que leur situation soit divulguée par cette amie ou proche. Pour moi le travail est difficile parce que parfois on est obligé d'utiliser nos propres moyens pour avoir des résultats donc pour moi il faut plus de moyens financiers pour nous les relais, car on a pas d'heure de travail, on peut nous solliciter à n'importe quelle heure et on doit être présents pour la circonstance. » EID Relais communautaire Nouakchott

5.12. LA CASCADE DE TRAITEMENT ET DES 95-95-95

5.12.1. Charge virale chez les PS dépistées positives au cours de l'enquête

Tous les échantillons positifs au VIH ont été recueillis dans des tubes EDTA pour recueil du plasma et ont fait l'objet d'une quantification de la charge virale sur la plateforme Abbott au laboratoire de virologie de l'INRSP. Cette charge virale a été réalisée par la technique de PCR sur Abbott m2000sp/rt avec un seuil de détection à 1,60 log.

Il est important de souligner que 19 échantillons de PS n'ont pas eu de résultats de CV pour essentiellement des raisons de rejet (non-conformité en relation avec une hémolyse), d'où 09 échantillons traités. Par ailleurs la seule PS avec une charge virale au-delà de 1000 copies, ne se connaissait pas séropositive et n'était pas sous traitement ARV.

Le tableau ci-après présente la répartition des PS positives en fonction du résultat de la charge virale par ville que la PS soit sous ARV ou pas.

Parmi les 28 PS séropositives au cours de l'enquête, 09 positives ont bénéficié de charge virale dont :

- 11% avaient une charge virale non supprimée ;
- 89% avaient une CV supprimée ;
- 67% avaient une charge virale indétectable.

Tableau V. 37: Répartition des PS positives au cours de l'enquête en fonction du résultat de la charge virale

Régions	Suppression de la Charge virale		
	CV <1000	CV ≥ 1000	Total général
Nouadhibou	00	00	00
Nouaktchott	08	01	09
Rosso	00	00	00
Total général	08	01	09

5.12.2. Analyse de la cascade de soins basée sur la quantification de la charge virale

Selon la méthodologie de l'étude, en suivant l'algorithme national, tous les cas positifs au VIH ont été prélevés pour la charge virale, le contrôle de qualité de la sérologie et la charge virale ont été systématiquement réalisés sur l'ensemble de ces catégories d'échantillons. Après analyse, 28 PS au contrôle de qualité (CQ) étaient déclarées positives à la sérologie VIH.

La charge virale a été réalisée à partir des plasmas obtenus des échantillons positifs prélevés sur tubes EDTA et ceci, au laboratoire de virologie de l'Institut National de Recherches en Santé Publique (INRSP) qui a servi de laboratoire national de référence pour cette enquête. Cette charge virale a été réalisée par la technique de PCR sur Abbott m2000rt avec un seuil de détection est de 40 copies/ml soit 1,60 log de copies/ml.

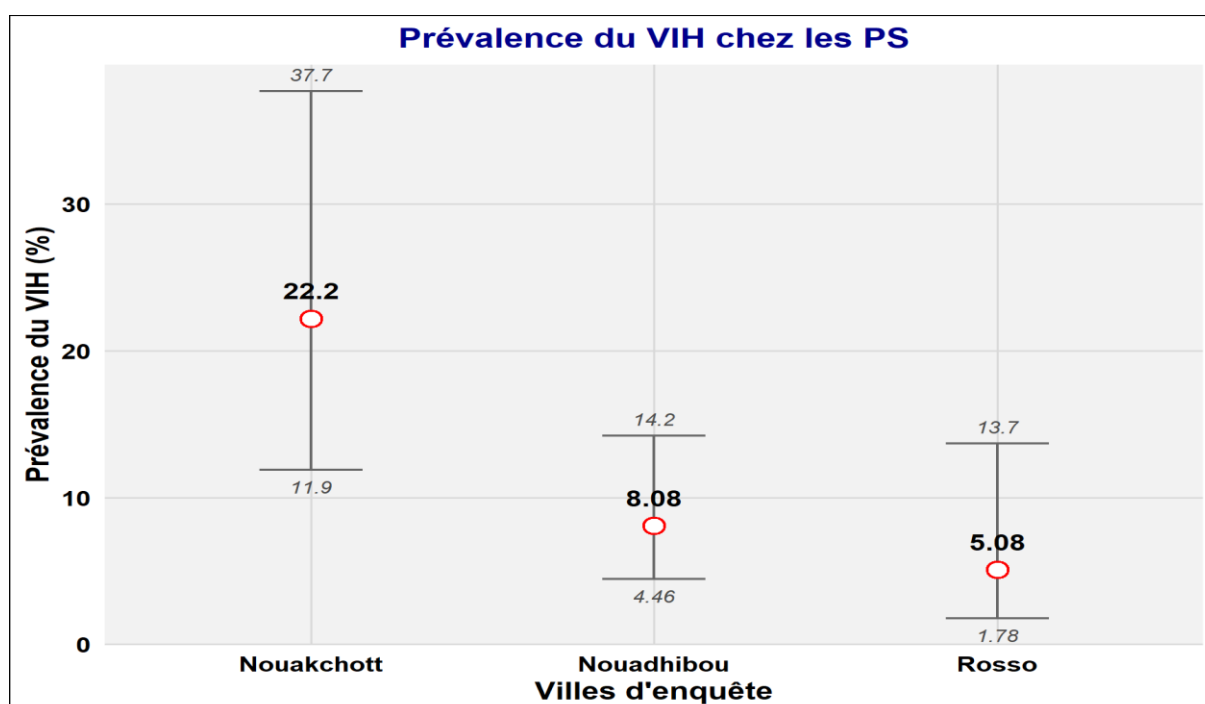
Sur ces 28 PS positives, neuf PS (32%) connaissaient leur statut de séropositivité et huit étaient sous TARV connu. Sur les 28 PS positives au CQ, 09 résultats de CV sont disponibles et pour 19 PS, les résultats de CV ne sont pas rendus disponibles (soit essentiellement lié à une hémolyse, soit à des résultats non retrouvés dans la base de CV). Sur les 9 PS avec une CV disponibles pour l'analyse de la cascade, cinq autres ne connaissaient pas leur statut sérologique et sans ARV dont quatre avaient une CV supprimée. Etant donné qu'il est extrêmement rare que des PVVIH aient une charge virale indétectable sans être sous traitement, les individus avec des charges virales indétectables/supprimés ont été recodés comme connaissant leur statut sérologique et sous TARV. Après recodage et sur les 09 PS disposant de CV, 08 PS connaissaient leur statut sérologique et tous les 08 étaient sous traitement ARV et avaient une charge virale supprimée. La taille étant faible, nous ne faisons pas de cascade des 95-95-95 ici pour les PS. En matière de connaissance du statut 29% (8/28) des PS connaissaient leur statut sérologique après recodage, et 29% (8/28) étaient sous traitement et 29% (8/28) avaient une charge virale supprimée. La cascade des soins est donc 29-29-29 et celle des 95-95-95 est de 29-100-100.

5.13. PREVALENCE DU VIH, DE LA SYPHILIS, DE L'HEPATITE B ET FACTEURS ASSOCIES

5.13.1. Prévalence du VIH selon le site d'enquête

Le graphique ci-dessous présente les prévalences du VIH chez les PS en fonction des villes objets de l'enquête.

Dans l'ensemble la prévalence pondérée du VIH chez les PS en Mauritanie en 2024 est de 18,2% [10,3 ;30]. La ville ayant la prévalence la plus élevée est celle de Nouakchott à savoir 22,2% [11,9 ;37,7] ; elle est suivie de la ville de Nouadhibou 8,08% [4,46,14,2]. La plus faible prévalence est retrouvée à Rosso avec 5,08% [1,78 ;13,7].



Graphique V. 1 : Prévalence du VIH selon la ville d'enquête

Le contrôle externe de qualité de l'étude suggère une prévalence du VIH recalculée selon la méthode Gile SS de 9,15 % pour les PS. Cette valeur a été validée par le comité de pilotage de l'enquête.

5.13.2. Prévalence de l'infection à VIH selon les caractéristiques des PS

La variation de la prévalence du VIH a été appréciée par rapport à quelques facteurs sociodémographiques à savoir l'âge et le niveau d'instruction chez les PS.

De l'analyse du tableau ci-après, on peut retenir :

- La prévalence du VIH semble plus élevée chez les PS âgées de 25 ans et plus (24% contre 6% chez les PS âgées de 15 à 24 ans). Cette même tendance est

observée dans toutes les villes objets de l'enquête ; Toutefois les tendances observées ne sont pas statistiquement significatives ($p= 0,068$).

- Par rapport au niveau d'instruction, ce sont les PS de niveau d'instruction Primaire qui semblent avoir la prévalence la plus élevée (24%) ; la prévalence a été estimée à 7%, 14% et 6% respectivement chez les PS de niveau d'instruction secondaire, chez les non scolarisés et chez les PS de niveau d'instruction supérieur. Toutefois les tendances observées ne sont pas statistiquement significatives ($p= 0,133$).

Tableau V. 38: Prévalence de l'infection à VIH selon quelques caractéristiques des PS

Facteurs	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Age (Q101)				
15-24 ans	5	8	3	6
25 ans et plus	9	27	10	24
Niveau d'instruction((Q109)				
Jamais scolarisé	68	16	5	14
Primaire	9	26	8	24
Secondaire	3	22	2	7
Supérieur	8	0	0	6
Ecole coranique	0	0	0	0

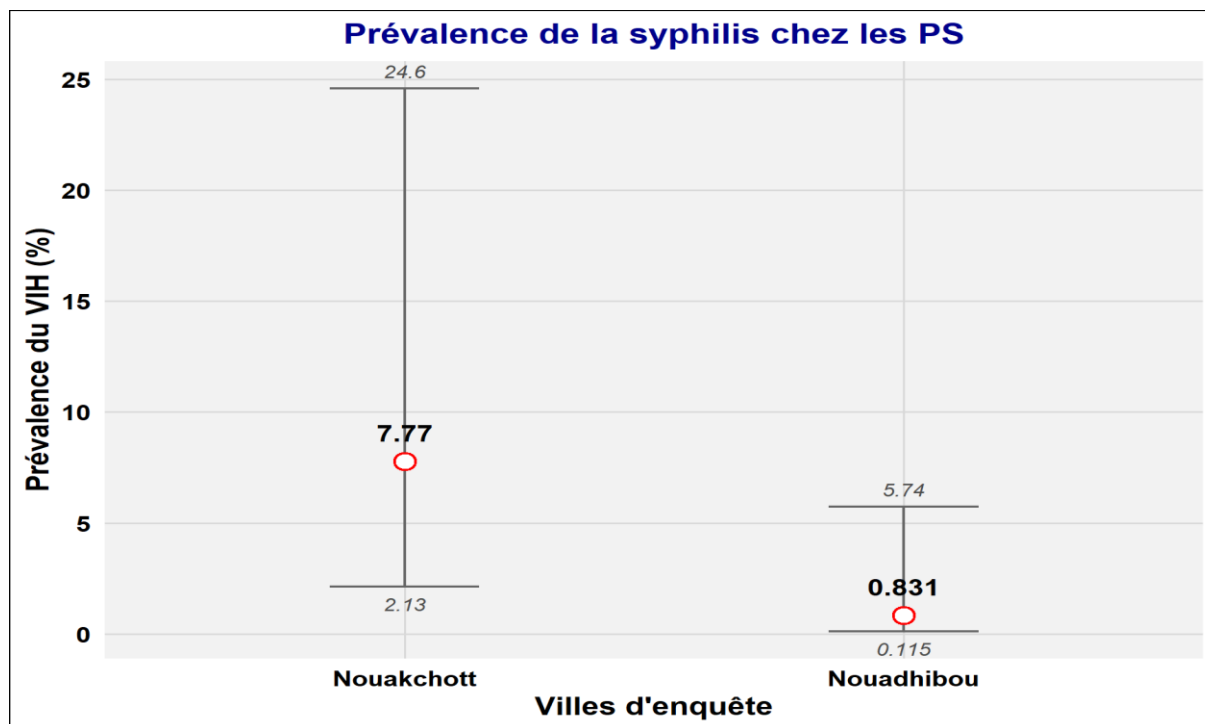
5.13.3. Facteurs associés à la prévalence du VIH chez les PS

Les PS âgées de 25 ans et plus ont un risque 5.6 fois plus élevé d'être séropositives par rapport à celles de 15-24 ans. L'association entre l'âge avancé (≥ 25 ans) et un risque accru d'infection par le VIH est notable. Cela pourrait indiquer un cumul de facteurs de risque au fil du temps (durée d'activité, exposition répétée). L'absence d'association statistiquement significative pourrait résulter d'une taille d'échantillon insuffisante ou d'une interaction complexe avec d'autres variables. Les résultats appellent à des programmes de prévention ciblés par âge, en intégrant des services de santé sexuelle qui abordent les IST, y compris les ulcères génitaux.

5.13.4. Prévalence de la syphilis chez les PS

Le graphique ci-dessous présente la prévalence de la syphilis par villes objets de l'enquête.

La prévalence de la syphilis a été estimée pour le pays à 5,89% [1,64 ;19]. Elle varie de 7,77% [2,13 ;24,6] (Nouakchott) à 0,83% [0,11 ; 5,74] (Nouadhibou) et aucun de cas de syphilis n'a été enregistré à Rosso.

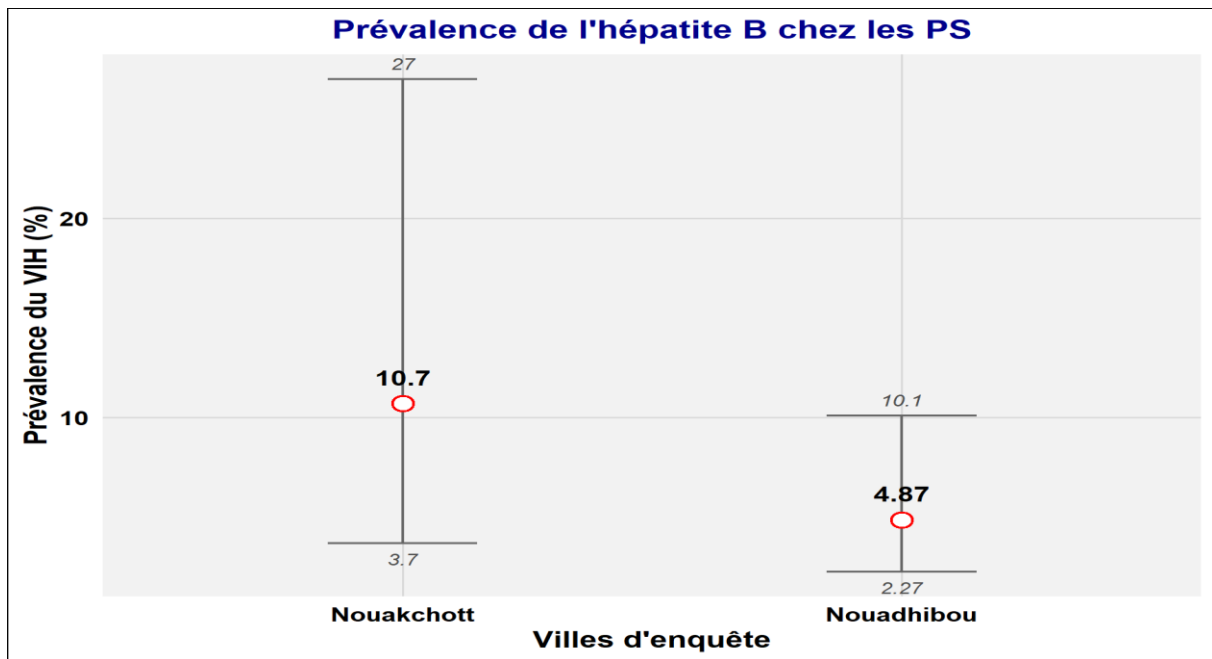


Graphique V. 2 : Prévalence de la syphilis selon la ville d'enquête

Le contrôle de qualité externe de l'étude suggère une prévalence de la syphilis recalculée selon la méthode Gile SS de 1,57 % pour les PS. Cette valeur a été validée par le comité de pilotage de l'enquête.

5.13.5. Prévalence de l'hépatite B chez les PS

Le graphique ci-dessous présente la prévalence de l'hépatite B chez les PS par ville. La prévalence de l'hépatite B a été estimée pour le pays à 18,37% [3,06 ;20,9]. La prévalence de l'hépatite B chez les PS varie de 10,7% (Nouakchott) à 4,87% (Nouadhibou) et aucun de cas d'hépatite B n'a été enregistré à Rosso.



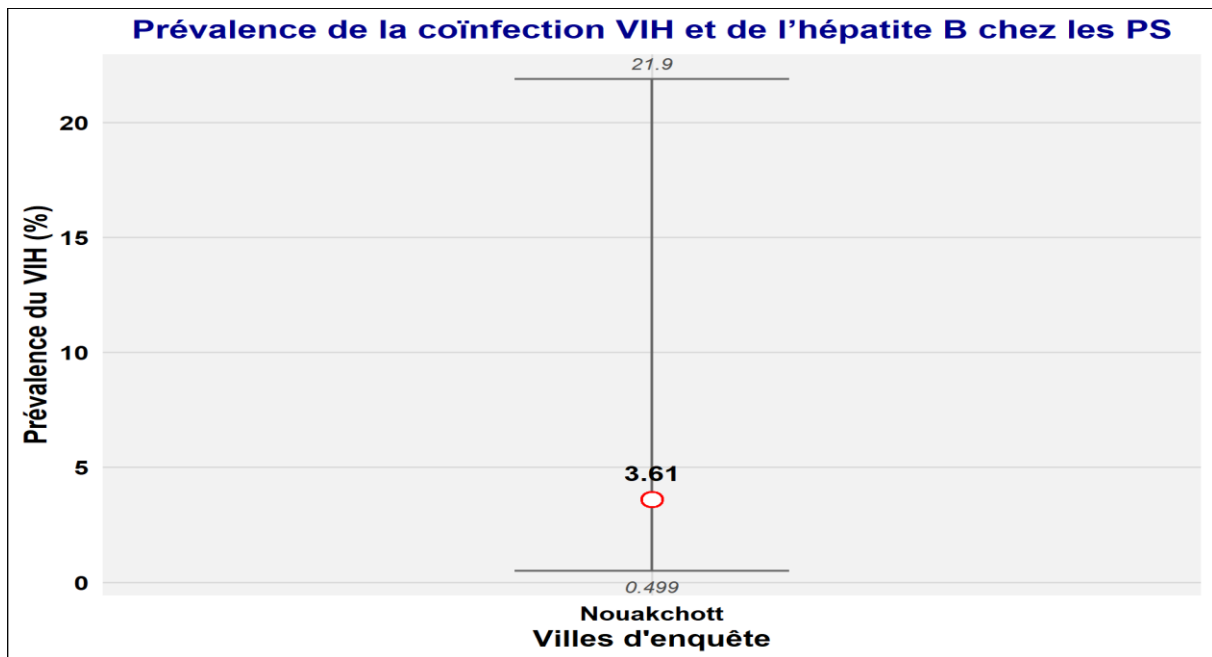
Graphique V. 3 : Prévalence de l'hépatite B selon la ville d'enquête

Le contrôle de qualité externe de l'étude suggère une prévalence de l'hépatite B recalculée selon la méthode Gile SS de 4,31 % pour les PS. Cette valeur a été validée par le comité de pilotage de l'enquête.

5.13.6. Prévalence de la co-infection hépatite et VIH parmi les PS

Le graphique ci-dessous présente la prévalence de la co-infection hépatite et VIH chez les PS par ville.

Pour l'ensemble des PS, un (1) cas de co-infection VIH/VHB a été retrouvé dans la ville de Nouakchott avec une prévalence estimée de 3,61% [0,49 ;21,9].



Graphique V. 4 : Prévalence de la coïnfection VIH et de l'hépatite B selon la ville d'enquête

5.14. ESTIMATION DE LA TAILLE LES PS

5.14.1. Estimation de la taille des PS par la méthode du multiplicateur dans sa variante "objet unique"

En prévision d'une absence des données validées et de qualité des programmes en lien avec la sollicitation des services par les PS au cours des 6 derniers mois ayant précédé l'enquête, il est recommandé d'utiliser la variante "objet unique" de la méthode du multiplicateur.

Ainsi, une à deux semaines avant le début de la collecte des données quantitatives, un objet unique choisi de façon consensuelle avec les groupes identitaires et les ONG de proximité « un carte spécifique » a été distribué sur les lieux de socialisation et de fréquentation des PS par les leaders PS, et éducateur.ice.s pair.e.s /mobilisateur.ice.s issus des groupes identitaires et ONG de proximité dans toutes les villes ciblées par l'enquête. Un nombre total de 949 cartes sur 2250 mis à disposition ont été distribués et la distribution a pris en compte la taille de l'échantillon estimée par région ainsi que la taille estimée par les ONG de proximité de par leur activité et expérience de terrain.

Au total, la taille totale des PS dans les trois sites ciblés par l'étude est de **5685** par la méthode « objet unique multiplicateur ». Dans la ville de Nouadhibou le pourcentage de répondants ayant reçu l'objet unique (carte spécifique) avant le début de l'enquête

est très élevé (44%) ; ce qui dénote du caractère particulier de cette ville où la majorité de PS évoluent dans des réseaux assez fermés. Ce fort taux des répondants ayant reçu l'objet unique (p) pourrait être à l'origine des biais de sous-estimation dans cette ville lorsqu'on se réfère à la taille estimée par la méthode d'échantillonnage successif pour la même ville.

Les villes de Rosso et Nouakchott sont celle dans lesquelles le pourcentage de répondants ayant reçu l'objet unique (carte spécifique) avant le début de l'enquête est le plus faible (8% et 20% respectivement) ; ce qui dénote du caractère particulier de ces villes où la majorité de PS évoluent dans des réseaux assez larges. Ce faible taux des répondants ayant reçu l'objet unique (p) pourrait être à l'origine des biais de surestimation dans ces villes lorsqu'on se réfère à la taille estimée par la méthode d'échantillonnage successif pour les mêmes villes. Excepté Nouakchott (532 cartes distribués), dans les villes de Rosso et Nouadhibou, le nombre de cartes distribués était largement insuffisant, ce qui est en défaveur de la robustesse voulue de cette méthode.

Tableau V. 39: Estimation de la taille totale des PS dans les trois villes d'enquête par la variante « objet unique » de la méthode du multiplicateur

Paramètres	Nouakchott	Nouadhibou	Rosso	Ensemble
Nombre de cartes distribués par site (n)	532	202	215	949
Nombre de répondant ayant reçu une carte spécifique 1-2 semaines avant le début de l'enquête	11	62	5	78
Nombre total de répondant	53	140	62	255
Pourcentage de répondant ayant reçu une carte spécifique 1-2 semaines avant le début de l'enquête (p)	0,20754717	0,442857143	0,080645161	0,305882353
Taille totale estimée de la population cible dans les 3 sites IC à 95%	2563	456	2666	5685

5.14.2. Estimation de la taille de la population PS par la méthode d'échantillonnage successif (Successive sampling-population size estimation : SS-PSE)

La taille totale estimée des PS dans les trois villes est de **8118 (3548-10901)**. Elle est respectivement de **5507 (4371-6854)** à Nouakchott ; **1905 (1328-2190)** à Nouadhibou et **706 (139-1518)** à Rosso.

Tableau V. 40: Estimation de la taille totale des PS dans les trois villes d'enquête par la méthode d'échantillonnage successif

Région	Valeur moyenne	Limite inférieure*	Limite supérieure**
Nouakchott	5507	4371	6854
Nouadhibou	1905	1328	2190
Rosso	706	139	1518
Ensemble	8118	3548	10901

Le minimum et le maximum** sont respectivement les limites inférieure et supérieure de l'intervalle de crédibilité à 95% autour de la moyenne.*

L'estimation de la taille de la population PS par la méthode d'échantillonnage successif utilise la taille du réseau social de chacune des participantes recueillis au cours des études avec échantillonnage RDS pour quantifier la taille des populations en supposant que la distribution de la taille du réseau des vagues successives reflète un appauvrissement de la population.

À Nouakchott, bien que deux graines aient été initialement introduites, l'une est rapidement devenue inactive (graines "mortes"), et la tentative de réintroduire une troisième graine n'a pas non plus réussi à générer un recrutement significatif. Cela a conduit à une saturation prématurée, où les vagues de recrutement ont cessé de se propager, laissant une large partie de la population des professionnelles du sexe (PS) non échantillonnée. Toutefois, la taille des réseaux sociaux des graines PS en 2024 est de 15 pour les deux graines de Nouakchott. D'une manière générale, la première graine de Nouakchott en 2024 a atteint la onzième vague de recrutement. Par ailleurs, en référence au dernier RGPH de 2023, la taille de la population féminine de 15 à 49 ans a augmenté. Aussi pour une meilleure précision, les estimations par la méthode SS-PSE ont été faites avec une version plus améliorée du logiciel RDS Analyst (V.7.1.38). Ce qui pourrait expliquer le fait que la taille obtenue en 2024 malgré la faible couverture de l'enquête soit deux fois plus élevée que celle obtenue lors de la deuxième SS-PSE en 2019 (2500 PS).

A Rosso le fait que la taille des réseaux sociaux soit petite (varie de 3 à 5) et que le recrutement ne se prolonge pas sur plusieurs vagues limite la portée de l'échantillonnage. Un nombre limité de vagues de recrutement implique que vous n'avez pas atteint une part significative de la population cible, ce qui biaise l'estimation. Le nombre limité de vagues de recrutement entraîne une sous-représentation de la population cible. La taille estimée de 706 à Rosso semble sous-évaluée en raison des petits réseaux sociaux des participantes et de la faible extension des vagues de recrutement.

À Nouadhibou, la taille des réseaux sociaux des graines PS en 2024 varie de 10 à 15 pour les deux graines. D'une manière générale, la première et la deuxième graine de Nouadhibou en 2024 ont atteint respectivement la onzième et la douzième vague de recrutement. Par ailleurs, en référence au dernier RGPH de 2023, la taille de la population féminine de 15 à 49 ans a augmenté. Aussi pour une meilleure précision, les estimations par la méthode SS-PSE ont été faites avec une version plus améliorée du logiciel RDS Analyst (V.7.1.38). Ce qui pourrait expliquer le fait que la taille obtenue en 2024 malgré la faible couverture de l'enquête soit près de quatre fois plus élevée que celle obtenue lors en 2019 avec la même méthode (520 PS).

Les deux méthodes d'estimation utilisées sont avérées scientifiquement et recommandées par l'ONUSIDA.

Bien que laborieuse (SS-PSE) les observations mentionnées plus haut (taille des réseaux sociaux petite, capacité de propagation de la chaîne est limitée...) sont susceptibles d'entraîner des biais dans l'estimation. Aussi bien que flexible (méthode du multiplicateur objet unique «MOU»), le nombre d'objets distribués et le pourcentage des répondants ayant reçus les objets distribués peuvent compromettre la robustesse de cette méthode (entraîner des biais dans l'estimation).

Nous recommandons au SENLS, pour la projection du cadre de performance d'utiliser les estimations obtenues à partir de la méthode SS-PSE pour les PS pour toutes les trois villes (possible biais de surestimation par la MOU à Rosso, 2666 PS ; et sous-estimation à Nouadhibou, 456 PS).

Le contrôle de qualité externe de l'étude approuve cette estimation SS-PSE (8118 PS) comme valeur de référence pour le suivi national des programmes.

5.15. CONCLUSION

L'enquête bio comportementale menée auprès des professionnelles de sexe en Mauritanie a révélé une prévalence relativement très élevée du VIH (9,15%) en comparaison avec la prévalence au sein de la population générale des sujets âgés de 15 à 49 ans.

Cette situation souligne la vulnérabilité particulière des professionnelles de sexe face au VIH, en raison de facteurs multiples tels que révélés par l'enquête :

- La faible couverture des programmes de prévention (19% des PS ont déclaré avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention combiné au cours des 3 derniers mois);
- L'insuffisance de bonne connaissance du VIH par les PS (9% des PS connaissent les moyens de se prévenir du VIH et rejettent les fausses croyances) ;
- L'insuffisance de connaissance de statut sérologique au sein des PS (56% des PS ont déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou savent qu'elles vivent avec le VIH) ;
- La stigmatisation persistante dont sont victimes les PS ainsi que les discriminations qui impactent négativement leur accès aux services de santé (16% des PS ont été victime de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois) ;
- L'insuffisance de connaissance de la PrEP (6% des PS ont déclaré avoir déjà entendu parler de la PrEP).

Face à cette situation, il est impératif d'intensifier les efforts pour améliorer l'accès aux services de prévention et de dépistage, tout en poursuivant des actions visant à réduire la stigmatisation et à sensibiliser davantage cette population aux risques du VIH.

5.16. RECOMMANDATIONS

Suite à l'étude bio comportementale réalisée en 2024 chez les PS en Mauritanie, qui a révélé beaucoup de défis, plusieurs recommandations sont proposées pour améliorer la situation :

- Renforcer l'accès aux services de santé : Il est crucial d'améliorer l'accessibilité des soins pour les professionnels de sexe en garantissant des services de santé confidentiels et non discriminants. Des formations et sensibilisations pour le personnel de santé doivent être mises en place pour réduire la stigmatisation et encourager un accueil inclusif ;
- Améliorer la couverture des programmes de prévention du VIH : Il est nécessaire d'étendre la portée des programmes de prévention, notamment la distribution de préservatifs, l'organisation de campagnes de sensibilisation adaptées et l'accès aux traitements prophylactiques pré-exposition (PrEP) ;
- Promouvoir la réduction de la stigmatisation et de la discrimination : Des campagnes nationales de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des professionnels de sexe sont essentielles. Elles devraient inclure des actions pour changer les perceptions sociales, en impliquant les communautés, les autorités locales, ainsi que les acteurs de la santé ;
- Renforcer les partenariats avec les organisations communautaires : Les associations et organisations de professionnelles de sexe doivent être impliquées activement dans la conception et la mise en œuvre des programmes

de prévention et de soins, afin de garantir que les interventions sont adaptées aux besoins spécifiques de cette population ;

- Renforcer les études et la surveillance épidémiologique : Il est important de poursuivre les recherches et les études épidémiologiques afin de mieux comprendre les dynamiques de la transmission du VIH parmi les professionnels de sexe et d'évaluer l'efficacité des programmes de prévention et de traitement existants.

En somme, une approche globale, inclusive et respectueuse des droits des professionnels de sexe est indispensable pour limiter la propagation du VIH et améliorer leur qualité de vie.

5.17. RECOMMANDATIONS DU CONTROLE EXTERNE DE QUALITE (POUR LES DONNEES HSH ET PS)

Pour le contrôle de qualité, les données de l'IBBS 2024 restent une base précieuse pour la riposte nationale, à condition que leurs limites soient clairement comprises et prises en compte. La mise en œuvre des recommandations formulées permettra d'améliorer significativement la rigueur méthodologique et la robustesse statistique de la prochaine édition de l'enquête.

Pour renforcer la qualité et la crédibilité des futures enquêtes IBBS, les recommandations suivantes sont formulées :

- **Planification et formation**
 - Éviter les périodes de forte mobilité (vacances scolaires) pour la collecte des données.
 - Renforcer la formation des enquêteurs et des représentants communautaires sur le protocole RDS, l'éthique de la recherche, et l'application stricte et uniforme des critères d'éligibilité.
- **Amélioration des outils et du protocole**
 - Clarifier opérationnellement la définition de toutes les variables, en particulier la "taille du réseau social" qu'il est impératif de circonscrire au cadre local ("dans cette ville") pour toutes les populations.
 - Harmoniser systématiquement la pondération à l'échelle nationale avant tout calcul et publication d'indicateurs agrégés.
- **Analyses statistiques**

- Généraliser l'usage des estimateurs Gile SS (Successive Sampling) pour le calcul des prévalences dans les enquêtes RDS.
 - Privilégier la méthode SS-PSE comme outil principal pour l'estimation de la taille des populations clés.
 - Documenter et comparer les résultats obtenus avec différentes méthodes de pondération ou d'estimation pour en montrer la sensibilité et justifier les choix retenus.
- **Contrôle qualité et interprétation**
 - Mettre en place un dispositif de contrôle qualité en temps réel pendant la collecte pour surveiller la profondeur des chaînes RDS et la cohérence des données.
 - Interpréter avec prudence les résultats des sites où la couverture est faible (< 50%) et/ou les chaînes de recrutement sont courtes.

VI. DISCUSSION DES RÉSULTATS AVEC CEUX DE L'IBBS 2019

Cette discussion concerne spécifiquement les HSH et les PS.

6.1. CADRE DE L'ENQUETE

Afin d'assurer le suivi de l'évolution de l'épidémie (apprécier les progrès réalisés et la part contributive des interventions programmées) au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection par le VIH et des sous-populations spécifiques dans les villes prioritaires en Mauritanie, à l'instar de 2019, l'IBBS 2024 a couvert également les mêmes villes pour les PS et HSH (Nouakchott, Nouadhibou et Rosso). Le choix des villes a pris en compte la situation épidémiologique et la vulnérabilité spécifique de ces villes (prévalence du VIH, taille des populations clés PS et HSH, et nombre de sites de socialisation de PS et HSH).

Les données disponibles concernant la vulnérabilité spécifique de ces trois villes révèlent que :

- ✓ Rosso est une ville importante dans le sud-ouest de la Mauritanie (population en 2023 selon les projections du RGPH 2013, estimée à 82 548 hbts) et elle est la capitale de la région du Trarza. Elle est située sur le fleuve Sénégal à la tête d'un ferry de traversée internationale sur la route principale entre Nouakchott et la capitale sénégalaise de Dakar.
- ✓ Nouakchott se repose le long de la côte atlantique de l'Afrique de l'Ouest et est la capitale et la plus grande ville de Mauritanie et l'une des plus grandes villes dans le Sahara (population estimée en 2023 à 1 370 707 hbts).
- ✓ Nouadhibou est la deuxième plus grande ville et occupe la zone la plus au nord en Mauritanie le long de la côte atlantique et constitue un important centre commercial. Cette ville a un caractère migratoire et accueille souvent de nombreux migrants en transit vers l'Espagne (population estimée en 2023 à 164 252 hbts). Les deux villes Nouakchott et Nouadhibou ont des ports maritimes.

6.2. DEFINITION DES GROUPES CIBLES

Les données disponibles montrent que les HSH et les PS sont les populations qui concentrent la plus importante prévalence du VIH en Mauritanie (IBBS 2019). Aussi l'IBBS 2024 s'est intéressée à ces sous-populations spécifiques.

La définition des groupes cibles pour les deux éditions (2019 et 2024) fait référence au cadre de définition de l'ONUSIDA mais adapté au contexte régional et du pays. Toutefois, l'IBBS 2024 a pris en compte la vulnérabilité particulière des jeunes des populations clés. A cet effet, bien que protégés par la loi, les jeunes HSH âgés d'au moins 15 ans ont été interviewés dans le cadre de cette enquête. Aussi, compte tenu de la vulnérabilité particulière des jeunes filles victimes d'exploitation sexuelle, et du contexte de rajeunissement de la pratique du commerce du sexe en Mauritanie, l'IBBS 2024 a inclus des jeunes filles âgées d'au moins 15 ans. L'omission des jeunes des

populations clés limite le champ des interventions à leur endroit bien même qu'au niveau mondial on note une recrudescence de nouvelles infections chez les jeunes, notamment les jeunes des populations clés.

6.3. CRITERES D'INCLUSION

Dans l'ensemble les critères d'inclusion en 2024 sont plus précis et rigoureux (tout ou rien) ; ce qui permet de limiter les biais de sélection (surestimation) et mieux apprécier la couverture des interventions. Par ailleurs, concernant les PS, ce qui est important est le sexe commercial et non « transactionnel ». L'échange de rapports sexuels contre des biens peut être à l'origine de nombreux biais de sélection « risque de considérer la quasi-totalité de femme biologique comme des PS ».

HSH (2019)	HSH (2024)
être un homme biologique qui déclare avoir eu un rapport sexuel anal avec un homme au cours des six derniers mois	être un homme biologique qui déclare avoir eu au moins une fois un rapport sexuel anal (réceptif ou insertif) avec un homme au cours des 6 derniers mois ; et
âgé de 18 ans ou plus	avoir au moins 15 ans ; et
avoir vécu ou travaillé dans les zones d'étude	résider habituellement dans la ville d'enquête avec une durée de séjour de plus de 6 mois au moment de l'enquête ; et
	consentir volontairement à participer à l'enquête et ;
	avoir un coupon de référence valable sauf pour les "graines" c'est-à-dire les premiers enquêtés des chaînes de recrutement.

PS (2019)	PS (2024)
être une femme biologique qui déclare avoir échangé du sexe vaginal/anal contre de l'argent ou des biens au cours des six derniers mois.	être une femme biologique dont la principale source de revenu est l'échange de rapports sexuels contre l'argent au cours des 6 derniers mois et ;
âgée de 18 ans ou plus	avoir au moins 15 ans ; et
avoir vécu ou travaillé dans les zones d'étude	résider habituellement dans la ville d'enquête avec une durée de séjour de plus de 6 mois au moment de l'enquête ; et
	consentir volontairement à participer à l'enquête et ;
	avoir un coupon de référence valable sauf pour les "graines" c'est-à-dire les premiers enquêtés des chaînes de recrutement.

En sus des critères d'éligibilité énumérés, des mesures additionnelles ont été prises lors de l'IBBS 2024 pour minimiser les biais de sélection.

Chez les HSH, en plus des critères d'éligibilité les participants douteux ont été soumis aux expressions de langages propres à la cible et à certains gestuels.

Les PS également ont bénéficié d'une vérification d'éligibilité informelle.

Un représentant des populations clés PS et HSH (volontaire/bénévole) a été inclus dans le personnel de collecte sur chaque site d'enquête et était chargé de vérifier en première ligne l'éligibilité des participants au travers d'un bref entretien.

6.4. METHODE ET TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE

Les professionnelles du sexe (PS) et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ont été échantillonnés à Rosso, Nouakchott et Nouadhibou, en Mauritanie en 2019 et 2024 en utilisant la méthode de l'échantillonnage dirigé par les répondants (respondent-driven sampling ou RDS). Le RDS est largement reconnu comme une méthode efficace de sélection pour les études de surveillance comportementale et biologique par rapport au VIH parmi les groupes à haut risque dans le monde¹⁰. Le RDS est une méthode d'échantillonnage de référence de la chaîne, spécialement conçue pour atteindre les populations « cachées », ce qui correspond au contexte de la Mauritanie.

Les recrutements RDS commencent par le choix raisonné de certains membres de la population de l'étude appelés « les graines ». L'accent est mis sur la sélection des graines ayant de grands réseaux sociaux, qui connaissent des gens de diverses origines. Après l'inscription et l'achèvement du processus de l'enquête, chaque graine est dotée d'un certain nombre de coupons à codage unique (3 dans le cadre de cette enquête), permettant de recruter des pairs PS et HSH admissibles.

Cette stratégie de recrutement produit des vagues successives de recrutement, idéalement, de longues chaînes de recrutement de répondants, et continue jusqu'à l'atteinte de la taille calculée de l'échantillon.

6.5. CALCUL DE LA TAILLE DE L'ECHANTILLON REQUIS ET TAILLE DE L'ECHANTILLON FINAL PAR VILLE ET CIBLE

S'agissant des hypothèses de calcul en 2019, pour les PS, le changement, au fil du temps, de 10% a été mesuré à l'aide d'une prévalence du VIH de 4% dans les

¹⁰ 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; Malekinejad M, Johnston LG, Kendall C, Kerr L, Rifkin M, Rutherford G: Using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings: a systematic review. *AIDS and Behavior*, 2008, 12(suppl 1), 105-130.

enquêtes effectuées en 2014. Pour les HSH, le changement, au fil du temps, de 20% a été mesuré à l'aide de la non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel anal de 40% basé sur des données similaires trouvées dans les enquêtes menées parmi les HSH au Maroc en 2016. Malheureusement, les tailles des échantillons n'ont pas inclus un minimum 'effet du plan 2' qui est nécessaire, compte tenu de la conception de l'échantillonnage (RDS) qui n'est pas une méthode d'échantillonnage aléatoire traditionnelle. Pour cela la taille de l'échantillon calculé par site et cible en 2019 était de 200.

Le calcul de la taille d'échantillon requise par cible et site d'enquête pour l'IBBS 2024 est basé essentiellement sur l'indicateur principal de l'étude à savoir la prévalence du VIH au sein des groupes cibles. La prévalence initiale du VIH étant disponible pour les trois villes (en considérant l'enquête IBBS 2019), les hypothèses de calcul ont inclus « un effet du plan 4 » et un taux de non réponse (NR) égal à 0% du fait que dans les études utilisant un échantillonnage RDS les individus viennent pour participer et ne refusent pas. Le choix d'un « effet du plan 4 » permet d'avoir des échantillons suffisamment grands. Ce qui est conforme aux dernières recommandations internationales (lignes directrices relatives aux enquêtes bio-comportementales portant sur les populations exposées au VIH, 2018 [ONUSIDA, OMS, FHI 360, CDC, PEPFAR]) attirant l'attention des pays d'opter pour les échantillons suffisamment grands lors des enquêtes bio-comportementales sur le VIH auprès des populations clés afin de mieux orienter les programmes les concernant.

La précision désirée pour les résultats (e) en 2024 répond à un souci d'avoir des échantillons suffisamment grands (au moins 250 par cible et site) et superposables à ceux de l'échantillon final de l'enquête IBBS 2019 (PS, HSH).

Par ailleurs, afin que l'enquête permette de différencier les prévalences entre les villes d'étude, nous avons appliqué cette taille à l'effectif minimal de la population clé à observer dans chaque ville. Ce qui a permis de présenter les résultats par ville.

Site de collecte	HSH (2019)			HSH (2024)		
	Echantillon prévu	Echantillon constitué	% réalisation pour la ville	Echantillon prévu	Echantillon constitué	% réalisation pour la ville
Nouadhibou	200	203	101,5	250	128	51,2
Nouakchott	200	302	151	250	243	97,2
Rosso	200	200	100	250	95	38
Ensemble	600	705	117,5	750	466	62,1

	PS (2019)			PS (2024)		
Site de collecte	Echantillon prévu	Echantillon constitué	% réalisation pour la ville	Echantillon prévu	Echantillon constitué	% réalisation pour la ville
Nouadhibou	200	207	103,5	250	140	56
Nouakchott	200	202	101	250	53	21,2
Rosso	200	207	103,5	250	62	24,8
Ensemble	600	616	102,6	750	255	34

Pour l'IBBS 2024, la collecte de données auprès des PS et HSH a duré un minimum de 38 jours pour certains sites. Toutefois, bien que les tailles d'échantillons constitués soient inférieures aux tailles d'échantillons prévus et à celles de 2019, les estimations présentées pour les PS (seul Nouadhibou est au-dessus de la barre de 50% de réalisation) et HSH (38% de réalisation à Rosso) sur les sites d'enquête peuvent être considérées comme représentatives du réseau de la population à partir de laquelle les participants ont été recrutés (toutes les graines HSH à Rosso ayant atteint au minimum la 7ème vague de recrutement pour les HSH). Ce qui est suffisant au regard de l'analyse RDS qui est une analyse pondérée (produit les poids des recrues dans l'échantillon final), pour fournir les estimations avec un intervalle de confiance à 95% pour les indicateurs clés (comportements, couverture des programmes et prévalence).

Dans l'ensemble, les tailles d'échantillons constitués en 2019, sont en faveur d'une hypothèse de surestimation du fait des biais de sélection en lien avec les critères d'inclusion moins rigoureux.

Ceci se justifie sans doute par le fait que pour l'IBBS 2024, l'implication parmi le personnel de collecte sur chaque site d'un représentant/bénévole membre de la population cible comme responsable de l'éligibilité en première ligne a permis de détecter toute tentative d'infiltration de quelques enquêtés ne pouvant pas prouver leur appartenance au groupe cible bien que disposant des coupons de recrutement (**37 au total pour les HSH dont 8 à Rosso, 16 à Nouakchott et 13 à Nouadhibou ; 27 au total pour les PS dont 19 à Rosso et 8 à Nouakchott sans compter les coupons expirés à savoir 34 chez les HSH et 26 chez les PS**).

Aussi, le logiciel RDS Coupon Manager (RDSCM) a été installé sur l'ordinateur portable des gestionnaires de coupons pour la gestion électronique des coupons et la vérification hebdomadaire des structures de recrutement en 2024. Ce qui témoigne de l'efficacité des mesures prises par l'équipe de recherche pour limiter les biais de doublons.

Globalement, le fait que les tailles d'échantillons constitués soient inférieures aux tailles d'échantillons prévus et à celles de 2019 peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs ou difficultés notamment :

- Le contexte socioculturel du pays et en particulier de certaines villes comme Rosso « **tout le monde se connaît** » ne permet pas que les PS nées et vivant dans la ville s'affichent ; ce qui a entraîné un recrutement lent malgré la mobilisation à l'enquête d'une part et justifié le fait qu'aucune PS n'a accepté un entretien individuel approfondi (EIA) du fait que le personnel de collecte soit résident d'autre part (forte stigmatisation et discrimination).
- Bien que forfaitaire et évitant toute coercition, l'incitation liée à la participation à l'enquête (500 MRU) a été jugée insuffisante par les participants (rendant difficile leur déplacement vers les sites) ; ce qui est à prendre en compte lors des prochaines éditions.
- La deuxième graine PS de Nouakchott et Rosso ont abandonné par ce que dépistées positives au VIH et découragées ; ce qui a impacté négativement le flux de recrutement des participantes et nécessité l'introduction d'une troisième graine au niveau de ces sites.
- Le faible dynamisme de certaines graines (participants initiaux) ; ce qui a entraîné une faible motivation dans le recrutement de nouveaux participants, menant à un arrêt rapide des chaînes de recrutement.
- Plusieurs enquêtés non-résidents (résidence inférieure ou égale à 6 mois au moment de l'enquête) ou âgés de moins de 15 ans ou se présentant sur les sites avec des coupons de recrutement expirés (plus de 7 jours [21 pour PS et 34 pour HSH à Nouakchott]) ou refusant de se soumettre au test de dépistage du VIH n'ont pas été interviewés ; ce qui reflète également la rigueur de l'équipe de recherche dans le respect des critères d'inclusion afin d'avoir des échantillons qui correspondent à la réalité des sites d'enquête pour une meilleure orientation de la réponse locale conformément au protocole.
- L'insuffisance du nombre d'enquêteurs (un seul par cible et site) du fait de l'insuffisance du nombre de tablettes disponibles ; ce qui a entraîné de longs délais d'attente, rendant les participants impatients et provoquant des incidents de tapage.

6.6. OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES QUANTITATIVES

Lors de IBBS 2019, les données comportementales ont été collectées à travers des entretiens individuelles directes sur la base de questionnaires papier. Aussi, la gestion des coupons s'est faite de façon mécanique.

La non utilisation de questionnaires électroniques standardisés n'a pas permis de faire un suivi en temps réel en 2019 (plusieurs sauts non respectés et constatés au moment de l'analyse), ce qui constitue une limite à l'enquête surtout pour le calcul des intervalles de confiance (ICs) avec des effectifs faibles (souvent larges).

Les données comportementales de l'IBBS 2024 ont été collectées à travers des entrevues individuelles directes sur la base de questionnaires électroniques standardisés. La digitalisation des questionnaires a été faite via l'application Survey Solutions (Banque Mondiale). Aussi, le logiciel RDS Coupon Manager (RDSCM) a été installé sur l'ordinateur portable des gestionnaires de coupons pour la gestion électronique des coupons et la vérification hebdomadaire des structures de recrutement. Ce qui a permis de limiter les biais liés aux doublons et à avoir une meilleure fiabilité de la chaîne de recrutement.

En plus des questionnaires électroniques et du RDSCM, pour un meilleur suivi des participants, l'équipe de recherche a inclus une liste de contrôle avec le numéro de coupon de référence et le code unique du participant (CUP) pour la traçabilité du passage à chaque poste de l'enquête.

Pour chaque type de population de l'enquête, les données comportementales ont été collectées à travers des entrevues individuelles directes sur la base de questionnaires électroniques standardisés ; en sus des prélèvements veineux sanguin pour le test sérologique du VIH, de la syphilis de l'hépatite virale B ont été réalisés.

6.7. MARQUEURS SEROLOGIQUES ET REMISE DES RESULTATS

Les marqueurs sérologiques testés en 2019 ont concerné le VIH et la syphilis. Pour l'IBBS 2024 par contre, les marqueurs sérologiques ont concerné le VIH, la syphilis et l'hépatite B. En sus l'IBBS 2024 a inclus un dosage de la charge virale chez les participants testés positifs au VIH.

Contrairement à l'IBBS 2019, lors de l'édition 2024, les services liés à la disponibilité des résultats, le counseling post-test, et la référence vers des structures de soins et de traitements ont été fournis immédiatement après les tests rapides à tous les participants qui ont accepté de se soumettre au dépistage. En 2019, les tests de diagnostic rapide (TDR) n'ont pas été utilisés et par conséquent les résultats des tests n'ont pas été annoncés sur site (les participants ont été informés sur le lieu et la date de réception de leurs résultats du test et aussi que la réception des résultats était volontaire) ; ce qui n'est pas en adéquation avec la stratégie dépister et traiter d'une part et de l'atteinte de l'objectif lié au 1er 95 (IBBS 2019).

Pour ce qui est de l'hépatite B, en cas de confirmation de la présence d'antigènes du VHB, les personnes concernées ont été orientées vers un service d'hépatogastroentérologie pour les bilans d'investigation (dont la charge virale) devant guider les décisions thérapeutiques et la prise en charge. Il est important de souligner que pour les participants Co-infectés, la confirmation de la présence d'antigènes du VHB a permis d'orienter les choix thérapeutiques. La difficulté réside dans la prise en charge des participants présentant une hépatite B isolée car le traitement est long et onéreux.

6.8. ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES HSH ET PS

En 2019, la collecte étant sur papier, les données ont été saisies en double sur Epi Info, ensuite fusionnées, nettoyées, et codées. Par conséquent, plusieurs sauts non respectés ont été constatés au moment de l'analyse. Ce qui constitue une limite.

En 2024, la collecte étant électronique, le suivi s'est fait en temps réel, ce qui a permis d'améliorer la qualité des données. Au terme de la collecte, les données envoyées sur le serveur par les enquêteurs ont été exportées dans le logiciel SPSS V.26. Après cela un dernier contrôle de qualité a été effectué suivi de l'apurement si nécessaire. Une fois la concordance obtenue, et les différentes bases consolidées, les données étaient considérées comme valides et les différents croisements réalisés pour l'édition des tableaux selon le plan d'analyse.

Tout comme en 2019, l'analyse des données quantitatives collectées auprès des HSH et PS en 2024 a été faite avec le logiciel RDS Analyst. Les estimations de la population, les analyses uni-variées et la ventilation des données ont été effectuées à l'aide de l'estimateur d'échantillonnage successif de Giles¹¹ dans l'Analyse de RDS (www.hpmrg.org), un logiciel spécialisé pour les données sur réseau.

En 2019, les poids totaux ont été générés à l'aide des poids de la taille du réseau d'échantillonnage successif de l'Analyse RDS et des poids de la taille des populations¹² (0,84 pour Nouakchott, 0,09 pour Nouadhibou et 0,06 pour Rosso).

En 2024, l'analyse des données quantitatives collectées auprès des HSH et PS a été faite avec le logiciel RDS Analyst, version 7.1.38 (cette version récente de 2024, à l'avantage d'améliorer la précision des estimateurs). Les données agrégées ont été analysées dans STATA à l'aide des poids qui ont été calculés indépendamment pour chaque ville et la taille de la population générale¹³ a servi de référence pour déterminer la proportionnalité des poids entre les villes. Pour l'estimation a priori de la taille des populations HSH et PS dans chaque ville ciblée, le document de référence utilisé est le guide actualisé des estimation Spectrum ONUSIDA de janvier 2024. En référence à ce guide, les PS représentent en moyenne 1,16% de la population féminine âgée de 15-49 ans (soit respectivement 995 à Rosso, 447 à Nouadhibou et 4314 à Nouakchott). Pour ce qui concerne les HSH, ils représentent en moyenne 0,74% de la population masculine âgée de 15-59 ans (soit respectivement 610 à Rosso, 491 à Nouadhibou et 3411 à Nouakchott).

¹¹ Gile KJ, Handcock MS. Respondent-driven sampling: an assessment of current methodology. *Sociol Methodol.* 2010;40(1):285–327.

¹² Examen de la population mondiale. La taille de la population, Mauritanie, 2019. <http://worldpopulationreview.com/countries/mauritania-population/>

¹³ RGPH5 (2023)

En conclusion, vu la version du logiciel RDS Analyst utilisée, l'approche (par cible et groupe d'âge) et les paramètres de pondérations pour l'estimation à priori de la taille des populations HSH et PS dans les trois villes ciblées, tous les outils innovants utilisés pour limiter les biais (questionnaire électronique, RDSCM, liste de contrôle...), l'IBBS 2024 est plus robuste en termes de précision et de fiabilité des indicateurs GAM que celle de 2019. En outre, l'IBBS 2024 s'aligne sur les mises à jours et recommandations internationales pour ces trois dernières années. Pour cela les résultats peuvent être comparés à ceux des pays de la région ayant conduit ce processus depuis 2022 (République du Congo, Côte d'Ivoire, Niger, Togo...).

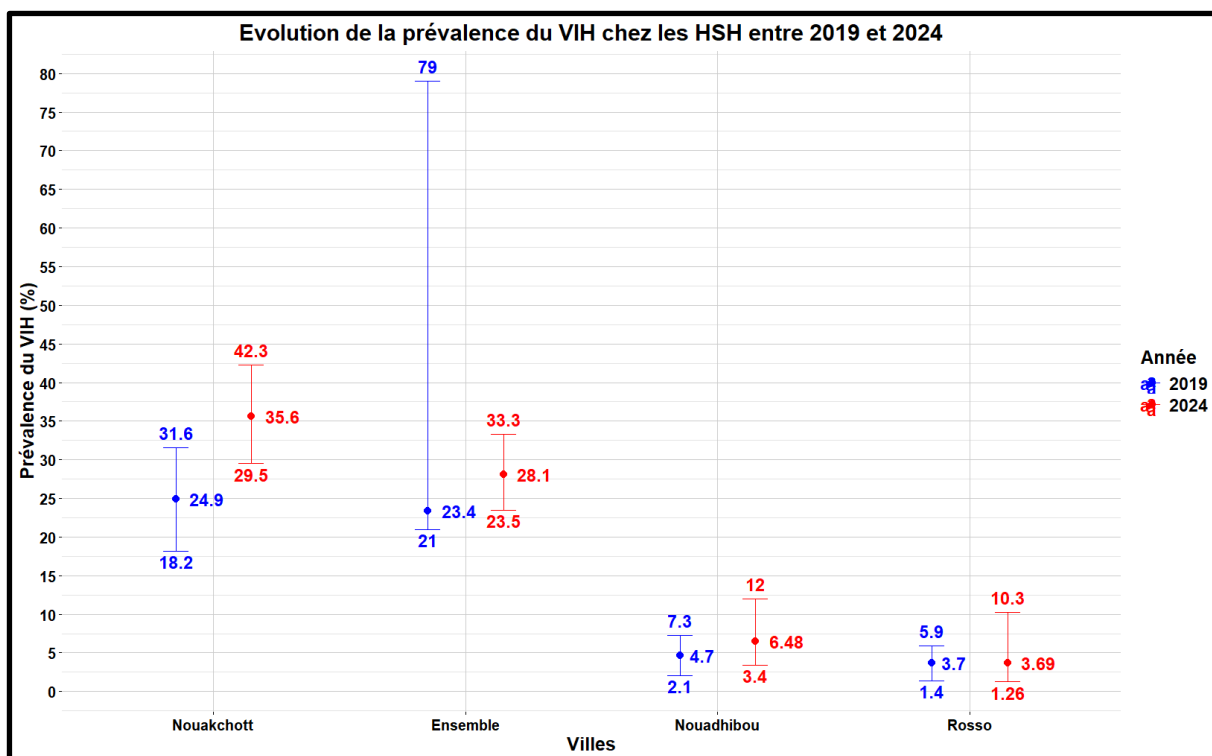
Fort de ce qui précède et au regard de l'évolution dans la définition des cibles et critères d'inclusion ; la vision stratégique axée sur la riposte locale ; les exigences scientifiques liées au RDS Analyst; la mise à jour des indicateurs GAM et de leurs modes de calcul, aucune comparaison n'est envisageable avec les résultats de l'IBBS 2019. **Les résultats de l'IBBS 2024 doivent être considérés comme des données de référence pour le pays.**

6.9. EVOLUTION DE LA PREVALENCE DU VIH CHEZ LES HSH EN MAURITANIE

Selon l'IBBS 2019, dans l'ensemble, la prévalence pondérée du VIH chez les HSH en Mauritanie est de 23,4% [21 ;79]. La ville ayant la prévalence la plus élevée est celle de Nouakchott à savoir 24,9% [18,2 ;31,6] ; elle est suivie de la ville de Nouadhibou 4,7% [2,1 ;7,3]. La plus faible prévalence est retrouvée à Rosso avec 3,7% [1,4 ;5,9].

Dans l'ensemble, la prévalence pondérée du VIH chez les HSH en Mauritanie en 2024 a été estimée à 28,1% [23,5 ;33,3]. Elle varie de 35,6% [29,5 ; 42,3] (Nouakchott) à 3,69% [1,26 ;10,3] (Rosso).

La figure ci-dessous présente l'évolution de la prévalence du VIH chez les HSH en Mauritanie entre 2019 et 2024. Les détails concernant la taille de l'échantillon et le nombre des cas positifs sont contenus dans le tableau IV.53 en annexe 2.



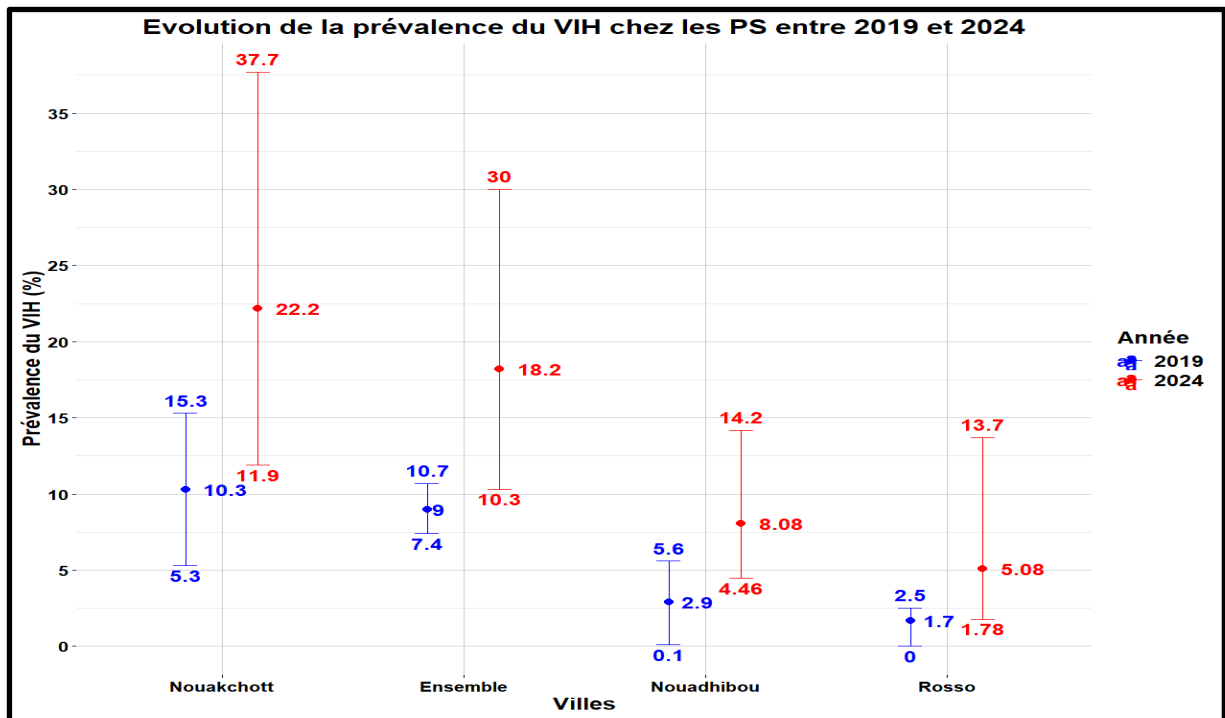
Graphique IV. 6: Evolution de la prévalence du VIH chez les HSH entre 2019 et 2024

Nonobstant les tendances d'augmentation de la prévalence observées à Nouakchott et à Nouadhibou entre les deux éditions, dans l'ensemble, au regard du chevauchement des intervalles de confiance, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives. Bien que la plus faible prévalence du VIH soit retrouvée à Rosso dans les deux éditions, néanmoins, en comparaison à la population générale (0,2% Spectrum ONUSIDA 2023), la prévalence du VIH chez les HSH à Rosso est 18 fois plus élevée. La surveillance épidémiologique et les interventions de prévention combinée en direction des HSH méritent d'être renforcées dans cette ville.

6.10. EVOLUTION DE LA PREVALENCE DU VIH CHEZ LES PS EN MAURITANIE

Selon l'IBBS 2019, dans l'ensemble, la prévalence pondérée du VIH chez les PS en Mauritanie est de 9% [7,4 ;10,7]. La ville ayant la prévalence la plus élevée est celle de Nouakchott à savoir 10,3% [5,3 ;15,3] ; elle est suivie de la ville de Nouadhibou 2,9% [0,1 ;5,6]. La plus faible prévalence est retrouvée à Rosso avec 1,7% [0,0 ;2,5].

En 2024, dans l'ensemble la prévalence pondérée du VIH chez les PS en Mauritanie est de 18,2% [10,3 ;30]. La ville ayant la prévalence la plus élevée est celle de Nouakchott à savoir 22,2% [11,9 ;37,7] ; elle est suivie de la ville de Nouadhibou 8,08% [4,46,14,2]. La plus faible prévalence est retrouvée à Rosso avec 5,08% [1,78 ;13,7]. Le figure ci-dessous présente l'évolution de la prévalence du VIH chez les PS en Mauritanie entre 2019 et 2024. Les détails concernant la taille de l'échantillon et le nombre des cas positifs sont contenus dans le tableau V.55 en annexe 3.



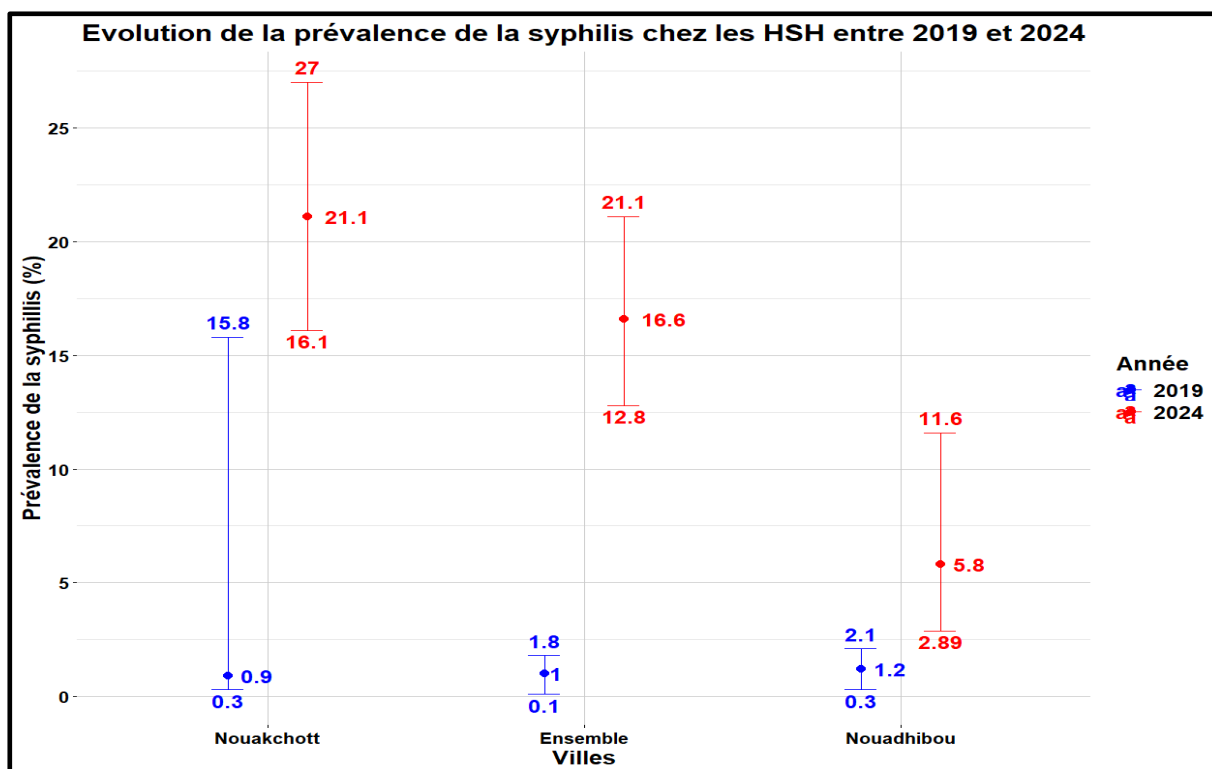
Graphique V. 5 : Evolution de la prévalence du VIH chez les PS entre 2019 et 2024

Malgré les tendances d'augmentation de la prévalence observées dans les trois villes entre les deux éditions, dans l'ensemble, au regard du chevauchement des intervalles de confiance, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives. Bien que la plus faible prévalence du VIH soit retrouvée à Rosso dans les deux éditions, néanmoins, en comparaison à la population générale (0,2% Spectrum ONUSIDA 2023), la prévalence du VIH chez les PS à Rosso est respectivement 25 et 8 fois plus élevée en 2024 et 2019. La surveillance épidémiologique et les interventions de prévention combinée en direction des PS méritent d'être renforcées dans cette ville.

6.11. EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE LA SYPHILIS CHEZ LES HSH EN MAURITANIE

Selon l'IBBS 2019, dans l'ensemble, la prévalence pondérée de la syphilis chez les HSH en Mauritanie est de 1% (0,1, 1,8) [0,1 ;1,8]. La ville ayant la prévalence la plus élevée est celle de Nouadhibou à savoir 1,2% [0,3 ;2,1] ; elle est suivie de la ville de Nouakchott 0,9% [0,3 ;15,8]. Par ailleurs, aucun cas positif à la syphilis n'a été enregistré à Rosso.

Dans l'ensemble, la prévalence pondérée de la syphilis chez les HSH en Mauritanie en 2024 est de 16,6% [12,8 ;21,1]. Elle varie de 21,1% (Nouakchott) à 5,88% (Nouadhibou). Par ailleurs, aucun cas positif à la syphilis n'a été enregistré à Rosso. La figure ci-dessous présente l'évolution de la prévalence du syphilis chez les HSH en Mauritanie entre 2019 et 2024. Les détails concernant la taille de l'échantillon et le nombre des cas positifs sont contenus dans le tableau IV.54 en annexe 2.



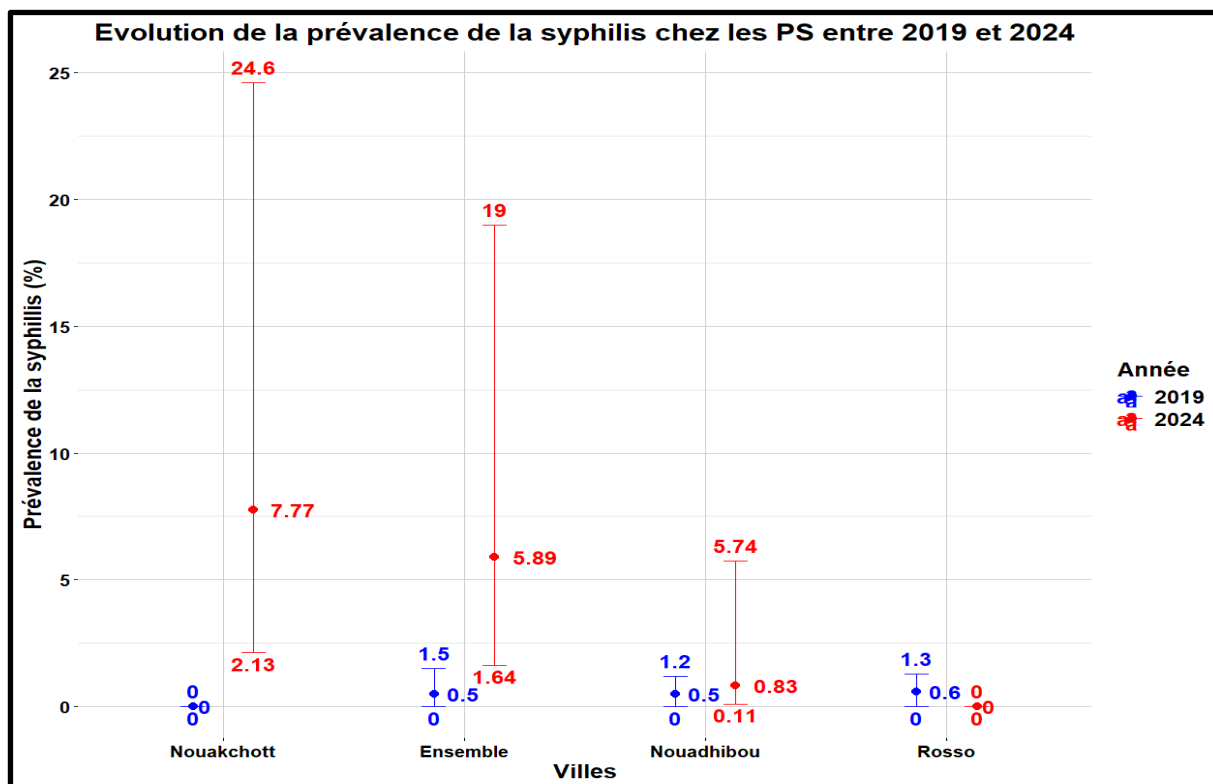
Graphique IV. 7: Evolution de la prévalence de la syphilis chez les HSH entre 2019 et 2024

Tout comme en 2019, aucun cas positif à la syphilis n'a été enregistré à Rosso. Les tendances d'augmentation de la prévalence observées à Nouakchott et à Nouadhibou entre les deux éditions, sont statistiquement significatives, au regard du non chevauchement des intervalles de confiance. Dans l'ensemble on note une résurgence des cas de la syphilis chez les HSH à Nouakchott et Nouadhibou. Dans l'ensemble le nombre de cas de syphilis est passé de 10 à 64 entre les deux éditions. La surveillance épidémiologique de la syphilis qui est une maladie létale et traitable à moindre coût mérite d'être renforcée chez les HSH en Mauritanie. Ce qui est conforme aux recommandations de l'OMS faisant du dépistage rapide de la syphilis un indicateur de la surveillance de deuxième génération.

6.12. EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE LA SYPHILIS CHEZ LES PS EN MAURITANIE

Selon l'IBBS 2019, dans l'ensemble, la prévalence pondérée de la syphilis chez les PS en Mauritanie est de 0,5% [0,0 ;1,5]. La ville ayant la prévalence la plus élevée est celle de Nouadhibou à savoir 0,5% [0,0 ;1,2] ; elle est suivie de la ville de Rosso 0,6% [0,0 ;1,3]. Par ailleurs, aucun cas positif à la syphilis n'a été enregistré à Nouakchott. La prévalence pondérée de la syphilis chez les PS en Mauritanie en 2024 a été estimée à 5,89% [1,64 ;19]. Elle varie de 7,77% [2,13 ;24,6] (Nouakchott) à 0,83% [0,11 ; 5,74] (Nouadhibou) et aucun de cas de syphilis n'a été enregistré à Rosso. La figure ci-dessous présente la prévalence de la syphilis chez les PS en Mauritanie en

2024. Les détails concernant la taille de l'échantillon et le nombre des cas positifs sont contenus dans le tableau V.56 en annexe 3.



Graphique V. 6 : Evolution de la prévalence de la syphilis chez les PS entre 2019 et 2024

Aucun cas positif à la syphilis n'a été enregistré en 2019 à Nouakchott et en 2024 Rosso. La tendance d'augmentation de la prévalence observée à Nouakchott entre les deux éditions, est statistiquement significative, au regard du non chevauchement des intervalles de confiance. Dans l'ensemble on est passé de deux cas à quatre cas entre les deux éditions. La surveillance épidémiologique de la syphilis qui est une maladie létale et traitable à moindre coût mérite d'être renforcée chez les PS en Mauritanie. Ce qui est conforme aux recommandations de l'OMS faisant du dépistage rapide de la syphilis un indicateur de la surveillance de deuxième génération.

6.13. EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE L'HEPATITE B CHEZ LES HSH ET PS EN MAURITANIE

Conformément aux recommandations de l'OMS, le dépistage de la coïnfection VIH/VIH est un indicateur de la surveillance de deuxième génération. L'IBBS 2019 n'a pas inclus le dépistage de l'hépatite B. dans l'ensemble, 21 cas d'hépatite B (12 cas à Nouadhibou et 9 cas à Nouakchott) ont été enregistrés chez les HSH contre 11 cas (7 cas à Nouakchott et 4 cas à Nouadhibou) chez les PS lors de l'IBBS 2024. La prévalence de l'hépatite B chez les PS a été estimée pour le pays à 18,37% [3,06 ;20,9] en 2024. La prévalence de l'hépatite B chez les PS varie de 10,7% (Nouakchott) à 4,87%

(Nouadhibou) et aucun de cas d'hépatite B n'a été enregistré à Rosso. Dans l'ensemble la prévalence de l'hépatite B chez les HSH a été estimée à 3,87[2,28 ;6,5]. Elle varie de 9,69% [5,53 ;16,4] (Nouadhibou) à 3,73% [1,85 ; 7,36] (Nouakchott). Par ailleurs, aucun cas positif d'hépatite B n'a été enregistré à Rosso. Dans, l'ensemble, la prévalence de d'hépatite B est très élevée chez les PS et HSH en Mauritanie. La surveillance épidémiologique et la prise en charge de l'hépatite B qui est un tueur silencieux, mérite d'être renforcée chez les PS et HSH en Mauritanie (une priorité doit être accordée à Nouakchott et Nouadhibou). En outre, les prochaines IBBS auprès des populations clés doivent inclure le dépistage et la prise en charge de l'hépatite B en Mauritanie. Ce qui est conforme aux recommandations de l'OMS faisant du dépistage rapide de l'hépatite B un indicateur de la surveillance de deuxième génération auprès des populations clés.

6.14. EVOLUTION DES INDICATEURS COMPORTEMENTAUX, DE COUVERTURE, DROITS DE L'HOMME ET ELIMINATION DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION CHEZ LES HSH ET PS EN MAURITANIE

Dans l'ensemble il est difficile voire non réaliste d'évaluer l'évolution des indicateurs comportementaux et de couverture entre les deux éditions. Les deux principales raisons évoquées sont : le non calcul de la plupart des indicateurs composites GAM en 2019 (bonne connaissance en matière de prévention du VIH, a bénéficié d'au moins deux services de prévention combinée au cours des 3 derniers mois, pourcentage de personnes parmi le groupe cible de 15 à 49 ans qui rapportent des attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, a été victime de stigmatisation et de discrimination dans les 6 derniers mois, a subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois, a reçu un résultat de test VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou qui savent qu'ils/elles vivent avec le VIH, pourcentage de personnes au sein du groupe cible vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée, ...) l'analyse s'étant limitée sur les variables ; et la mise à jour de la définition de la plupart des indicateurs GAM et de leur mode de calcul depuis 2022.

Dans l'ensemble, sur une vingtaine d'indicateurs clés pour chaque groupe cible, il n'y a que cinq qui sont dans une moindre mesure comparable. Chez les HSH par exemple :

- Le pourcentage de HSH ayant utilisé un préservatif au dernier rapport sexuel avec un partenaire masculin est de 84% en 2024 contre 65,3% en 2019 ;
- Le pourcentage de HSH ayant présenté un écoulement/une inflammation urétrale ou une ulcération génitale au cours des 12 derniers mois est de 5% en 2024, en 2019 la définition de l'indicateur était circonscrite au pourcentage de HSH ayant eu une inflammation génitale/anale au cours des 12 derniers mois (8,7%) ;

- L'évitement des services de santé parmi les HSH à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois est passé de 17% en 2019 à 1% en 2024, ce qui dénote de l'amélioration de l'accès aux services de santé chez les HSH ;
- La connaissance du statut VIH positif en 2019 a été estimée à 4% (connaissance basée sur les déclarations), en 2024 cette proportion est de 31% (connaissance basée sur le dépistage du VIH et le dosage de la charge virale) ;
- Le pourcentage de personne ayant connaissance du statut VIH positif sous traitement antirétroviral en 2019 a été estimée à 83,3% (% basée sur les déclarations), en 2024 cette proportion est de 100% (% basée sur la cascade de dépistage du VIH et du traitement notamment le dosage de la charge virale).

Chez les PS :

- Le pourcentage de PS ayant utilisé un préservatif au dernier rapport sexuel avec un client est de 66% en 2024 contre 46% en 2019 ;
- Le pourcentage de PS ayant été victime de violence physique (violenté ou brutalisé) à cause de leur statut de PS au cours des 12 derniers mois est de 12% en 2024 contre 65,1% en 2019 ;
- L'évitement des services de santé parmi les PS à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois est passé de 1,1% en 2019 à 7% en 2024, ce qui dénote de l'environnement dans lequel évolue les PS en Mauritanie ;
- Le pourcentage de PS ayant été arrêté (conduit au poste de police ou en prison) à cause de leur statut de PS au cours des 12 derniers mois est de 10% en 2024 contre 5,5% en 2019 ;

6.15. ESTIMATION DE LA TAILLE DES HSH ET PS DANS LES VILLES D'ENQUETE PAR LA METHODE OBJET UNIQUE MULTIPLICATEUR ET D'ECHANTILLONNAGE SUCCESSIF (SUCCESSIVE SAMPLING-POPULATION SIZE ESTIMATION : SS-PSE)

En référence à l'IBBS 2019, la taille des HSH est estimée à 19 930 ¹⁴ (méthode objet unique multiplicateur, SS-PSE et experts travaillant avec les populations clés à Rosso, Nouadhibou et Nouakchott) au niveau national (811 à Nouakchott, 595 à Nouadhibou et 449 à Rosso par la méthode objet unique multiplicateur contre 3300 à Nouakchott et 1200 à Nouadhibou par la méthode SS-PSE).

¹⁴ Elle est estimée à 7600 (moyenne pondérée des estimations nationales corrigées selon la note technique de triangulation des données d'estimation de taille des populations clés en Mauritanie du groupe technique de travail chargé d'élaborer le Plan Stratégique National 2022-2026).

Selon les résultats de l'IBBS 2024, la taille totale¹⁵ estimée des HSH dans les trois villes est de **4272 (2357-5701)**. Elle est respectivement de **2304 (1835-2509)** à Nouakchott ; **1001 (454-1645)** à Nouadhibou et **967 (305-1476)** à Rosso par la méthode SS-PSE contre 5321 (444 à Nouakchott, 697 à Nouadhibou et 4180 à Rosso) par la méthode « objet unique multiplicateur ». Au total, la taille des HSH dans les trois sites ciblés par l'étude est de 5321 (444 à Nouakchott, 697 à Nouadhibou et 4180 à Rosso) par la méthode « objet unique multiplicateur ». Dans la ville de Nouakchott et Nouadhibou le pourcentage de répondants ayant reçu l'objet unique (carte) avant le début de l'enquête est très élevé (73% et 84% respectivement) ; ce qui dénote du caractère particulier de ces villes où la majorité de HSH évoluent dans des réseaux assez fermés. Ce fort taux des répondants ayant reçu l'objet unique (p) pourrait être à l'origine des biais de sous-estimation dans ces deux villes lorsqu'on se réfère à la taille estimée par la méthode d'échantillonnage successif pour les mêmes villes.

La ville de Rosso est celle dans laquelle le pourcentage de répondants ayant reçu l'objet unique (carte) avant le début de l'enquête est le plus faible (8%) ; ce qui dénote du caractère particulier de cette ville où la majorité de HSH évoluent dans des réseaux assez larges. Ce faible taux des répondants ayant reçu l'objet unique (p) pourrait être à l'origine des biais de sur-estimation dans cette ville lorsqu'on se réfère à la taille estimée par la méthode d'échantillonnage successif pour la même ville. Dans l'ensemble excepté Nouadhibou dans les villes de Nouakchott et Rosso, le nombre d'objet distribué était insuffisant à ; ce qui n'est pas en faveur de la robustesse voulue de cette méthode.

À Nouakchott, la couverture de l'enquête a été de 97,2%. Toutefois, la taille des réseaux sociaux des graines HSH en 2024 varie de 15 à 30 pour les deux graines de Nouakchott. D'une manière générale, la première et la deuxième graine de Nouakchott en 2024 ont atteint respectivement la quatorzième et la treizième vague de recrutement. Par ailleurs, en référence au dernier RGPH de 2023, la taille de la population masculine de plus de 15 ans a augmenté. Aussi pour une meilleure précision, les estimations par la méthode SS-PSE ont été faites avec une version plus améliorée du logiciel RDS Analyst (V.7.1.38). Ce qui pourrait expliquer un éventuel biais de surestimation en 2019 (3300 HSH contre 2304 en 2024).

A Rosso la taille des réseaux sociaux des graines HSH en 2024 varie de 16 à 20 pour les deux graines. D'une manière générale, la première et la deuxième graine de Rosso en 2024 ont atteint respectivement la septième et la onzième vague de recrutement. Par ailleurs, en référence au dernier RGPH de 2023, la taille de la population masculine de plus de 15 ans a augmenté. Aussi pour une meilleure précision, les estimations par la méthode SS-PSE ont été faites avec une version plus améliorée du logiciel RDS Analyst (V.7.1.38). Toutefois, l'estimation de la taille des HSH en 2019 à Rosso n'a pas été concluante par la méthode SS-PSE. Ceci pourrait s'expliquer par

¹⁵ Elle est estimée à 8612 selon l'extrapolation au niveau national.

le fait que la taille des réseaux sociaux soit petite et que le recrutement ne se prolonge pas sur plusieurs vagues limitant l'estimation.

À Nouadhibou, la taille des réseaux sociaux des graines HSH en 2024 varie de 16 à 20 pour les deux graines. D'une manière générale, la première et la deuxième graine de Nouadhibou en 2024 ont atteint respectivement la dixième et la onzième vague de recrutement. Par ailleurs, en référence au dernier RGPH de 2023, la taille de la population masculine de plus de 15 ans a augmenté. Aussi pour une meilleure précision, les estimations par la méthode SS-PSE ont été faites avec une version plus améliorée du logiciel RDS Analyst (V.7.1.38). Ce qui pourrait expliquer une faible variation de l'estimation entre les deux éditions (1200 HSH en 2019 contre 1001 en 2024).

En référence à l'IBBS 2019, la taille des PS est estimée à 19 179 ¹⁶ (méthode objet unique multiplicateur, SS-PSE et experts travaillant avec les populations clés à Rosso, Nouadhibou et Nouakchott) au niveau national (4220 à Nouakchott, 790 à Nouadhibou et 404 à Rosso par la méthode objet unique multiplicateur contre 1600 à 2500 à Nouakchott, 520 à Nouadhibou et 1600 à Rosso par la méthode SS-PSE).

Selon les résultats de l'IBBS 2024, la taille totale¹⁷ estimée des PS dans les trois villes est de **8118 (3548-10901)**. Elle est respectivement de **5507 (4371-6854)** à Nouakchott ; **1905 (1328-2190)** à Nouadhibou et **706 (139-1518)** à Rosso contre **5685** (2563 à Nouakchott, 456 à Nouadhibou et 2666 à Rosso) par la méthode « objet unique multiplicateur ».

Au total, la taille totale des PS dans les trois sites ciblés par l'étude est de **5685** (2563 à Nouakchott, 456 à Nouadhibou et 2666 à Rosso) par la méthode « objet unique multiplicateur ». Dans la ville de Nouadhibou le pourcentage de répondants ayant reçu l'objet unique (carte spécifique) avant le début de l'enquête est très élevé (44%) ; ce qui dénote du caractère particulier de cette ville où la majorité de PS évoluent dans des réseaux assez fermés. Ce fort taux des répondants ayant reçu l'objet unique (p) pourrait être à l'origine des biais de sous-estimation dans cette ville lorsqu'on se réfère à la taille estimée par la méthode d'échantillonnage successif pour la même ville.

Les villes de Rosso et Nouakchott sont celle dans lesquelles le pourcentage de répondants ayant reçu l'objet unique (carte spécifique) avant le début de l'enquête est le plus faible (8% et 20% respectivement) ; ce qui dénote du caractère particulier de ces villes où la majorité de PS évoluent dans des réseaux assez larges. Ce faible taux des répondants ayant reçu l'objet unique (p) pourrait être à l'origine des biais de surestimation dans ces villes lorsqu'on se réfère à la taille estimée par la méthode d'échantillonnage successif pour les mêmes villes. Excepté Nouakchott (532 cartes

¹⁶ Elle est estimée à 8500 (moyenne pondérée des estimations nationales corrigées selon la note technique de triangulation des données d'estimation de taille des populations clés en Mauritanie du groupe technique de travail chargé d'élaborer le Plan Stratégique National 2022-2026).

¹⁷ Elle est estimée à 4408 selon l'extrapolation au niveau national.

distribués), dans les villes de Rosso et Nouadhibou, le nombre de cartes distribués était largement insuffisant, ce qui est en défaveur de la robustesse voulue de cette méthode.

L'estimation de la taille de la population PS par la méthode d'échantillonnage successif utilise la taille du réseau social de chacune des participantes recueillis au cours des études avec échantillonnage RDS pour quantifier la taille des populations en supposant que la distribution de la taille du réseau des vagues successives reflète un appauvrissement de la population.

À Nouakchott, bien que deux graines aient été initialement introduites, l'une est rapidement devenue inactive (graines "mortes"), et la tentative de réintroduire une troisième graine n'a pas non plus réussi à générer un recrutement significatif. Cela a conduit à une saturation prématurée, où les vagues de recrutement ont cessé de se propager, laissant une large partie de la population des professionnelles du sexe (PS) non échantillonnée. Toutefois, la taille des réseaux sociaux des graines PS en 2024 est de 15 pour les deux graines de Nouakchott. D'une manière générale, la première graine de Nouakchott en 2024 a atteint la onzième vague de recrutement. Par ailleurs, en référence au dernier RGPH de 2023, la taille de la population féminine de 15 à 49 ans a augmenté. Aussi pour une meilleure précision, les estimations par la méthode SS-PSE ont été faites avec une version plus améliorée du logiciel RDS Analyst (V.7.1.38). Ce qui pourrait expliquer le fait que la taille obtenue en 2024 malgré la faible couverture de l'enquête soit deux fois plus élevée que celle obtenue lors de la deuxième SS-PSE en 2019 (2500 PS).

A Rosso le fait que la taille des réseaux sociaux soit petite (varie de 3 à 5) et que le recrutement ne se prolonge pas sur plusieurs vagues limite la portée de l'échantillonnage. Un nombre limité de vagues de recrutement implique que vous n'avez pas atteint une part significative de la population cible, ce qui biaise l'estimation. Le nombre limité de vagues de recrutement entraîne une sous-représentation de la population cible. La taille estimée de 706 à Rosso semble sous-évaluée en raison des petits réseaux sociaux des participantes et de la faible extension des vagues de recrutement. Cela peut expliquer pourquoi l'estimation de la taille de la population est faible par rapport aux attentes initiales et à la taille obtenue en 2019 pour cette population dans la même ville (1600).

À Nouadhibou, la taille des réseaux sociaux des graines PS en 2024 varie de 10 à 15 pour les deux graines. D'une manière générale, la première et la deuxième graine de Nouadhibou en 2024 ont atteint respectivement la onzième et la douzième vague de recrutement. Par ailleurs, en référence au dernier RGPH de 2023, la taille de la population féminine de 15 à 49 ans a augmenté. Aussi pour une meilleure précision, les estimations par la méthode SS-PSE ont été faites avec une version plus améliorée du logiciel RDS Analyst (V.7.1.38). Ce qui pourrait expliquer le fait que la taille obtenue en 2024 malgré la faible couverture de l'enquête soit près de quatre fois plus élevée que celle obtenue lors en 2019 avec la même méthode (520 PS).

Conclusion et recommandations

Les deux méthodes d'estimation utilisées sont avérées scientifiquement et recommandées par l'ONUSIDA. Pour chacune des cibles nous faisons les recommandations suivantes :

Bien que laborieuse (SS-PSE) les observations mentionnées plus haut (taille des réseaux sociaux petite, capacité de propagation de la chaîne est limitée...) sont susceptibles d'entraîner des biais dans l'estimation. Nous recommandons au SENLS, pour la projection du cadre de performance i) d'utiliser les estimations obtenues à partir de la méthode SS-PSE pour les HSH pour toutes les trois villes (possible biais de surestimation par la MOU à Rosso, 4180 HSH; et sous-estimation à Nouakchott, 444 HSH) ; ii) id'utiliser les estimations obtenues à partir de la méthode SS-PSE pour les PS pour toutes les trois villes (possible biais de surestimation par la MOU à Rosso, 2666 PS; et sous estimation à Nouadhibou, 456 PS).

VII. PRESENTATION DES RESULTATS CHEZ LES DETENUS

7.1. SYNTHESE DES RESULTATS CHEZ LES DETENUS

N°	Libellé de l'indicateur	Age		Ensemble	Sources de l'information	Référence
		Moins de 25 ans	25 ans et plus	%		
1	Prévalence du VIH					
	% de détenus	2,5	1,4	1,7	Ch.7.13.1	p.218
2	Prévalence de la syphilis					
	% de détenus	3,7	2,3	2,7	Ch.7.13.4	p.219
3	Prévalence de l'hépatite B					
	% de détenus	7,4	4,6	5,3		
4	Prévalence de la coinfection VIH-VHB et/ou VHC					
	% de détenus	0	0	0		
5	Pourcentage de personnes parmi les détenus possédant tout à la fois des connaissances des moyens de se prévenir du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (Bonne connaissance sur le VIH)					
	% de détenus	4	4	4	<u>Tableau VI. 18</u>	p.208
6	Utilisation du préservatif au dernier rapport avec un partenaire masculin dans les 6 derniers mois					
	% de détenus	5	6	6	<u>Tableau VI. 8</u>	p.201
7	A présenté au cours des 6 derniers mois l'un au moins des 2 symptômes les plus fréquents d'IST					
	% de détenus	16	16	16	<u>Tableau VI. 13</u>	p.204
8	A eu un écoulement anormal au cours des 6 derniers mois					
	% de détenus	5	13	11	<u>Tableau VI. 13</u>	p.204
9	Testé pour le VIH dans les 12 derniers mois et a reçu les résultats cet établissement pénitentiaire					
	% de détenus	1	3	3	<u>Tableau VI. 15</u>	p.206
10	Pourcentage de personnes issues des personnes qui déclarent avoir subi un test de dépistage du VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou qui savent qu'elles vivent avec le VIH (%)					
	% de détenus	1	5	4	<u>Tableau VI. 15</u>	p.206
11	A subi des violences physiques ou sexuelles au cours de la détention dans les 6 derniers mois					

N°	Libellé de l'indicateur	Age		Ensemble %	Sources de l'information	Référence
		Moins de 25 ans	25 ans et plus %			
	% de détenus	0	2	1		
12	A bénéficié d'au moins deux services de prévention combinée cours des 3 derniers mois					
	% de détenus	0	0	0	<u>Tableau VI. 25</u>	p.215
13	Rapporte des attitudes discriminatoires à l'en- contre des personnes vivant avec le VIH					
	% de détenus	63	45	49	<u>Tableau VI. 20</u>	p.210
14	Connaissance du statut VIH positif					
	% de détenus			2		

7.2. REPARTITION DES DETENUS PAR SITE DE COLLECTE

Le tableau suivant présente la répartition des détenus par site de collecte de données. Dans l'ensemble, concernant les quatre sites de collecte chez les détenus, tous ont atteint la taille minimale prévue avec un taux de réalisation de 100% sur tous les sites.

Tableau VI. 1: Répartition des détenus par site de collecte

Site de collecte	Echantillon prévu	Echantillon éligible	Echantillon constitué	% réalisation pour la ville
Nbeyka	50	50	50	100%
Aleg	50	50	50	100%
Dar Naim	100	100	100	100%
Nouadhibou	100	100	100	100%
Ensemble	300	300	300	100%

7.3. CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES DES DETENUS

Dans l'ensemble, près du trois quarts des détenus (73%) sont âgés de 25ans et plus tandis que 27% des détenus sont âgés de 15 à 24 ans.

S'agissant du niveau d'instruction, les détenus ayant le niveau primaire sont les plus représentés à savoir 45% et ceux de niveau d'instruction supérieur les moins représentés avec 4%. Par ailleurs, 25% des détenus étaient mariés au moment de l'enquête.

Tableau VI. 2: Groupe d'âge, sexe, niveau d'instruction et situation matrimoniale des détenus, Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
Groupe d'âge Q101					
15-24	28	34	33	17	27
25 ans et plus	72	66	67	87	73
Situation matrimoniale actuelle Q102					
Jamais marié(e)	52	74	58	61	61
Actuellement marié(e)	22	18	26	29	25
Divorcé(e) / Séparé(e)	22	8	15	9	13
Veuf(ve)	4	0	1	1	1

Caractéristiques sociodémographiques	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
Niveau d'instruction Q104					
Pas de scolarisation formelle (Jamais scolarisé et Ecole coranique)	18	22	17	18	18
Primaire	52	48	43	41	45
Secondaire	26	30	31	39	33
Supérieur	4	0	9	2	4

Dans l'ensemble, quatre détenus sur cinq (80%) sont mauritaniens. Cependant, à Nouadhibou, les étrangers constituent près du tiers des détenus (33%) et à Dar Naim près de deux détenus sur cinq (21%) sont étrangers.

Quant à la durée de résidence des détenus étrangers, 15% réside en Mauritanie depuis 3 ans et plus et 5% y résident depuis 1 à 2 ans.

Tableau VI. 3: Nationalité des détenus, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
Nationalité Q106a					
Mauritanienne	88	98	79	67	80
Autre	12	2	21	33	20
Pays d'origine pour les participants non Mauritanien (Q106b)					
Autres Pays d'Afrique francophone	10	2	11	32	16
Autres Pays d'Afrique anglophone	2	0	8	1	3
Pays non Africain	0	0	2	0	2
Durée de résidence en Mauritanie pour les participants non Mauritaniens (Q107)					
6-12mois	0	0	0	1	0
1-2ans	2	0	7	8	5
3 ans et plus	10	2	14	24	15
Est circoncis (Q200)					
Oui	100	100	100	98	99

Dans l'ensemble, la majorité (78%) des détenus interviewés sont des condamnés ; 13% sont des prévenus et 11% des inculpés.

Quant à la durée de détention, la plus grande proportion (45%) des détenus ont déclaré être en détention depuis un à deux ans ; 32% des détenus étaient en détention depuis plus de deux ans et 23% des détenus depuis six à onze mois.

Tableau VI. 4: Statut actuel, durée et fréquence d’incarcération parmi les détenus, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n = 50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n =300)
Statut actuel de détention (Q108)					
Prévenu	0	4	32	4	13
Inculpé	0	0	0	32	11
Condamné	100	96	68	64	78
Durée de détention (Q109)					
6-11 mois	14	22	41	9	23
1-2 ans	44	32	38	59	45
>2 ans	42	46	21	32	32
Fréquence d’incarcération au cours de votre vie (Q111)					
A déjà été incarcéré auparavant	32	44	28	23	30

7.4. VIE SEXUELLE, TYPES ET NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS, FREQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS, ET UTILISATION DE PRESERVATIF

7.4.1. Nombre de partenaire, utilisation du préservatif et exposition au sexe non protégé

Le tableau ci-dessous révèle que 5% des détenus interviewés ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des six derniers mois, La plus grande proportion de détenus ayant eu des rapports sexuels au cours des six derniers mois se retrouve à Nouadhibou (8%) suivi de Dar Naim (7%). La plus faible proportion a été enregistré à Nbeyka avec 0%.

Dans l’ensemble, 4% et 2% des détenus ont déclarés avoir eu des rapports sexuels respectivement avec des partenaires féminins et masculins.

Par ailleurs, 2% des détenus ont déclaré avoir eu de multiples partenaires sexuels au cours des six derniers mois (4% à Dar Naim et 1% à Nouadhibou.

Tableau VI. 5: Activité sexuelle et partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois parmi les détenus, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
A eu des rapports sexuels au cours des 6 derniers mois Q201					
Oui	0	2	7	8	5
A eu un partenaire féminin Q202b					
Oui	0	2	7	5	4

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
A eu un partenaire masculin Q206					
Oui	0	0	2	3	2
A eu de multiples partenaires Q202a					
Oui	0	0	4	1	2

Le nombre médian de partenaires sexuels au cours des six derniers mois a été estimé à un (1) pour les détenus enquêtés.

Tableau VI. 6: Répartition des détenus en fonction du nombre de partenaires sexuels différents qu'ils ont eu au cours des six derniers mois et de l'utilisation systématique du préservatif

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
Nombre de partenaires sexuels différents au cours des 6 derniers mois (Q202a)	n=0	n=1	n=7	n=8	n=16
Aucun	0	0	0	0	0
1	0	2	3	7	4
2 et plus	0	0	4	1	2
Nombre médian de partenaires sexuels différents au cours des six derniers mois (Q202a)	-	1	2	1	1

Le tableau ci-après montre qu'au cours des douze derniers mois, 1% des détenus ont eu une expérience sexuelle consensuelle avec un autre détenu dans les lieux de détention. Les proportions se présente ainsi qu'il suit en fonction des lieux de détention à savoir 2% à Dar Naim e1% à Nouadhibou et 0% dans les autres lieux de détention. Aussi, 3% des détenus ont déclaré avoir eu une expérience sexuelle consensuelle avec un visiteur au cours des douze derniers mois (5% à Nouadhibou, 4% Nbeyka et 2% à Aleg. Par ailleurs, 1% des détenus ont déclaré avoir déjà payé/accepté de bien/argent/service pour des relations sexuelles en prison au cours des 12 derniers.

Tableau VI. 7: Expérience de partenariat sexuel durant toute la durée de l’incarcération au cours des 12 derniers mois, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
A déjà eu une expérience sexuelle consensuelle avec un autre détenu dans cet établissement Q805					
Oui	0	0	2	1	1
A déjà eu une expérience sexuelle consensuelle avec un membre du personnel pénitentiaire dans cet établissement Q806					
	n =50	n = 50	n = 100	n =99	n =299
Oui	0	0	1	0	0
A déjà eu une expérience sexuelle consensuelle avec un visiteur dans cet établissement Q807					
Oui	4	2	0	5	3
A déjà payé/accepté de bien/argent/service pour relation sexuelle en prison (Q211)					
	n =50	n =50	n =99	n =100	n =299
Oui	2	2	2	0	1

Le tableau suivant montre que 6% des détenus ont déclaré avoir utilisé le préservatif au cours du dernier rapport sexuel au cours des six derniers mois avec un homme (12% à Dar Naim 6% à Aleg et 3% à Nouadhibou).

Concernant le dernier rapport sexuel avec une femme au cours des six derniers mois, 2% des détenus ont déclaré avoir utilisés le préservatif.

Quant au dernier rapport sexuel avec un partenaire payant au cours des six derniers mois, 3% des détenus ont déclarés avoir utilisé le préservatif.

Tableau VI. 8: Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel dans les 6 derniers mois, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
Avec un homme Q209					
Oui	0	6	12	3	6
Avec une femme Q205					
Oui	0	0	5	0	2
Avec un partenaire payant (Q212)					
	n =50	n = 50	n = 89	n =100	n =289
Oui	0	0	7	4	3

Le tableau II.5 montre que concernant l'utilisation systématique du préservatif en détention au cours des 6 derniers mois, aucun des détenus n'a déclaré l'avoir fait lors des rapports sexuels avec des hommes. Cependant, 1% des détenus à Dar Naim ont déclaré avoir utilisé systématiquement le préservatif avec les partenaires sexuels féminins.

Tableau VI. 9: Utilisation systématique du préservatif en détention dans les 6 derniers mois, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
Avec un homme (Q208 Toujours)					
Oui	0	0	0	0	0
Avec une femme (Q204 Toujours)					
Oui	0	0	1	0	0

Globalement, 1% et 2% des détenus ont déclaré avoir été exposé au sexe non protégé respectivement avec un homme et avec une femme.

Tableau VI. 10: Exposition au sexe non protégé en détention dans les 6 derniers mois, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
Avec un homme Q208: jamais/Parfois/Souvent					
Non protégé	0	0	2	1	1
Avec une femme Q204 : jamais/Parfois/Souvent					
Non protégé	0	0	5	0	2

*Attention pour le sexe anal réceptif ce ne sont pas « Tous les partenaires » mais « Un partenaire » ; il suffit d'une seule fois pour être exposé

Le tableau suivant montre que quatre détenus sur dix (42%) ont déclaré savoir que des rapports sexuels transactionnels ont pris place dans leur unité de détention au cours des 6 derniers mois. La plus grande proportion a été enregistrée à Aleg (84%) et la plus faible a été enregistré à Nouadhibou (1%).

Tableau VI. 11: Rapports sexuels payant ou transactionnel parmi les détenus au cours des 6 derniers mois, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
Sait que des rapports sexuels transactionnels prennent place dans cette unité de détention Q210					
	n =50	n = 50	n = 98	n =98	n =296
Oui	28	84	68	1	42

7.5. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

7.5.1. Connaissance sur les infections sexuellement transmissibles

Dans l'ensemble, un peu plus de deux détenus sur cinq (42%) ont déclaré avoir déjà entendu parler des maladies qui peuvent être transmises par voie sexuelle autres que le VIH/sida. La plus grande proportion a été observée à Nouadhibou (56%) et la plus proportion a été enregistré à Nbeyka (26%).

Tableau VI. 12: Connaissance des IST parmi les détenus, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
A déjà entendu parler des maladies qui peuvent être transmises par voie sexuelle autres que le VIH/sida (Q501)					
Non	74	56	64	44	58
Oui	26	44	36	56	42

7.5.2. IST, recours au traitement et comportement adopté en cas d'IST

S'agissant des antécédents d'IST, le tableau ci-dessous montre que 11% des détenus ont déclaré avoir eu un écoulement anormal et des brûlures mictionnelles au cours des 6 derniers mois. Quatre détenus sur cinq (8%) ont déclaré avoir présenté des ulcérations/plaies ou des boutons sur le sexe au cours des 6 derniers mois. Par ailleurs, ce sont 20% des détenus (28% à Nouadhibou contre 8% à Dar Naim) qui ont déclaré avoir présenté au cours des 6 derniers mois un épisode d'écoulement ou d'ulcération génitale ou de brûlures mictionnelles.

Tableau VI. 13: Connaissance des IST et présence de signes/symptômes d'IST parmi les détenus au cours des 6 derniers mois selon le site d'enquête, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
A eu un écoulement anormal au cours des 6 derniers mois (Q502)					
	n =50	n = 50	n = 100	n =99	n =299
Oui	12	10	6	16	11
A eu des brulures mictionnelles au cours des 6 derniers mois (Q503)					
	n =50	n = 49	n = 100	n =100	n =299
Oui	14	10	5	15	11
A eu des ulcérations/plaies ou des boutons sur le sexe au cours des 6 derniers mois (Q504)					
Oui	12	10	1	12	8
A présenté au cours des 6 derniers mois un épisode d'écoulement ou d'ulcération génitale ou de brulures mictionnelles Q502, Q503 et Q504					
Oui	26	20	8	28	20

Le tableau suivant montre qu'environ un détenu sur dix (9%) étaient incarcérés la dernière fois qu'ils ont présenté un liquide anormal, des brulures urinaires, des plaies ou des boutons sur le sexe. Près d'un tiers des détenus interviewés (32%) parmi ceux qui ont affirmé être incarcérés la dernière fois qu'ils ont présenté un liquide anormal, des brulures urinaires, des plaies ou des boutons sur le sexe, ont déclaré avoir recherché des conseils ou un traitement lors du dernier épisode d'IST dans leur lieu de détention (63% à Dar Naim contre 10% à Aleg). Plus de neuf détenus sur dix (95%) parmi ceux qui ont déclaré avoir recherché des conseils ou un traitement lors du dernier épisode d'IST dans leur lieu de détention, ont affirmé avoir bénéficié de prescription de médicaments lors du dernier épisode d'IST. Dans l'ensemble, un détenu sur quatre (26%) parmi ceux qui ont bénéficié d'une prescription de médicaments pour la prise en charge d'une IST, ont déclaré avoir payé pour les dits médicaments prescrits. Cette proportion est de 60% à Nouadhibou, 25% à Nbeyka et 0% pour les autres sites de détention.

Tableau VI. 14: Recours aux soins lors du dernier épisode d'IST au cours des 6 derniers mois parmi les détenus, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
Était incarcéré la dernière fois qu'il a eu un liquide anormal, des brûlures urinaires, des plaies ou des boutons sur le sexe Q505					
Oui	16	12	4	8	9
A recherché des conseils ou un traitement lors du dernier épisode d'IST (liquide anormal, brûlures urinaires, plaies ou boutons sur le sexe) dans cet établissement Q506					
	n =13	n = 10	n = 8	n =28	n =59
Oui	62	10	63	18	32
A reçu une prescription de médicaments lors du dernier épisode d'IST dans cet établissement Q507					
	n =8	n = 1	n = 5	n =5	n =19
Oui	100	100	100	80	95
A obtenu l'ensemble des médicaments prescrits Q508					
	n =8	n = 1	n = 5	n =5	n =19
Oui	100	100	80	60	84
A dû payer pour les médicaments Q509					
	n =8	n = 1	n = 5	n =5	n =19
Oui	25	0	0	60	26

7.6. DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH-ACCES AUX TRAITEMENTS ANTI RETRO VIRAUX ET A LA CHARGE VIRALE

7.6.1. Accès aux services de dépistage du VIH

Concernant l'accès aux services de dépistage du VIH, 8% des détenus ont déclaré que les services de dépistage du VIH sont disponibles dans leur lieu de détention ; la proportion la plus élevée de détenus qui ont affirmé la disponibilité de service de dépistage dans leur établissement de détention, a été observée à Nouadhibou (17%) tandis que les autres établissements ont enregistré des proportions plus faibles (5% à Dar Naim, 2% à Nbeyka et 0% à Aleg). Parmi les détenus interviewés, 11% ont déclaré avoir déjà été testé pour le VIH (avant ou pendant l'incarcération), avec la plus grande proportion observée à Nouadhibou (19%) et 0% à Aleg. Aussi, ce sont 5% des détenus qui ont déclaré avoir été testé pour le VIH dans leur lieu de détention et 4% qui ont déclaré avoir fait le test de dépistage du VIH et reçu les résultats dans leur lieu de détention dans les douze derniers mois. La proportion de détenus ayant déclaré avoir reçu un résultat de sérologie positive pour le VIH dans leur lieu de détention au cours des douze derniers mois a été estimée à 2% (6% à Aleg, 2% à Dar Naim et 0% dans les autres lieux de détention).

Par ailleurs, 4% des détenus ont déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou savent qu'ils vivent avec le VIH.

Tableau VI. 15: Accès aux services de dépistage et test du VIH par les détenus, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
Service de dépistage du VIH disponible dans cet établissement Q510					
	n =50	n = 50	n = 98	n =100	n =298
Oui	2	0	5	17	8
Déjà testé pour le VIH (avant ou pendant l'incarcération) Q511					
	n =50	n = 50	n = 99	n =100	n =299
Oui	8	0	9	19	11
Déjà testé pour le VIH dans cette prison Q518					
Oui	2	0	2	11	5
Testé pour le VIH dans les 12 derniers mois Q519					
Oui	2	0	2	8	4
Testé pour le VIH et a reçu les résultats dans cet établissement pénitentiaire dans les 12 derniers mois Q520					
	n =50	n = 50	n = 100	n =100	n =300
Oui	2	0	2	8	4
Non	0	0	0	3	1
Proportion des détenus qui rapportent avoir reçu un résultat de sérologie positive pour le VIH (Q513).					
	0	6	2	0	2
Pourcentage de personnes parmi les détenus qui déclarent avoir subi un test de dépistage du VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou qui savent qu'elles vivent avec le VIH (%) Q519, Q520, Q521*					
	2	0	2	8	4

Le faible accès au service de dépistage du VIH décrit ci-dessus est confirmé par le volet qualitatif de l'enquête.

*« Même moi je n'avais jamais été testé pour le VIH parce que déjà je suis rentré en prison jeune ça fait un long moment que je suis incarcéré, j'avais 16 ans quand je suis rentré en prison et avant ça, je n'entendais pas trop parler du VIH pour faire le test. Je peux tomber malade aller à l'hôpital parfois, si je ne vais pas à l'hôpital, je fais des recettes traditionnelles comme par exemple avec la graine du *Wargueu*(thé de Chine), on l'utilise parfois pour calmer des douleurs avec un verre de thé ou un verre de citron et du lait de marque Gloria, tu peux même ne pas aller à l'hôpital après ça. Sinon je n'ai jamais été testé au VIH sauf cette fois » EIA Nouadhibou*

7.6.2. Test de dépistage du VIH et accès aux traitements anti-retro viraux

En ce qui concerne la connaissance du statut VIH+ au dernier test de dépistage, 3% (11% à Dar Naim et 0% dans les autres lieux de détention) des détenus ont déclaré avoir reçu un résultat positif au dernier test peu importe que cela soit avant ou pendant l'incarcération.

Tableau VI. 16: Connaissance de sa séropositivité au dernier test de dépistage du VIH parmi les détenus, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n = 50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim % (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
A reçu un résultat positif au dernier test peu importe que cela soit avant ou pendant l'incarcération Q513					
Oui (Positif)	n = 0 0	n = 4 0	n = 9 11	n = 19 0	n = 32 3
A reçu un résultat positif au dernier test réalisé dans cet établissement pénitentiaire (Q521)					
Oui (Positif)	n = 1 0	n = 0 0	n = 2 50	n = 8 0	n = 11 9

Le tableau suivant révèle qu'un seul détenu de Dar Naim qui connaissait son statut positif VIH a déclaré avoir reçu un TARV et a également assisté à un groupe de soutien pour les personnes vivant avec le VIH dans cette prison.

Tableau VI. 17: Accès au traitement anti-retro viraux et charge virale parmi les détenus, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n = 50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim % (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
A déjà reçu une TARV parmi ceux qui se savent positif Q514					
Oui	n = 0 0	n = 0 0	n = 1 100	n = 0 0	n = 1 100
Actuellement sous TARV parmi ceux qui se savent positif Q515					
Oui	n = 0 0	n = 0 0	n = 1 100	n = 0 0	n = 1 100
A déjà assisté à un groupe de soutien pour les personnes vivant avec le VIH dans cette prison, parmi ceux qui se savent positif Q516					
Oui	n = 0 0	n = 0 0	n = 1 100	n = 0 0	n = 1 100

7.7. CONNAISSANCES, OPINIONS ET ATTITUDES VIS-A-VIS DU VIH/SIDA

7.7.1. Connaissances en matière de prévention du VIH

L'un des indicateurs clés de cette enquête est la connaissance des détenus sur les moyens de se prévenir du VIH et le rejet des fausses croyances relatives à la transmission du VIH. Selon l'ONUSIDA, cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à la série des cinq questions suivantes :

1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire non infecté et qui n'a pas d'autres partenaires ?
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?
3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?
4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?
5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?

Dans l'ensemble, près de la moitié des détenus (49%) ont déclaré avoir déjà entendu parler du VIH ou du sida. Toutefois, le pourcentage de bonne connaissance en matière de prévention du VIH (Connaissance des moyens de se prévenir du VIH et rejet des idées fausses) est globalement de 4% chez les détenus. La plus grande proportion de bonne connaissance du VIH chez les détenus est observée à Aleg (8%) et la plus faible proportion est retrouvée à Nbeyka (2%).

Tableau VI. 18: Connaissance des moyens de se prévenir du VIH et rejet des fausses croyances relatives à la transmission du VIH, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n =50)	Dar Naim% (n =100)	Nouadhibou % (n =100)	Ensemble % (n = 300)
A déjà entendu parler du VIH/Sida (Q601)					
Oui	28	44	42	69	49
	n = 50	n = 50	n = 100	n =100	n = 300
Sait qu'on peut réduire le risque de transmission du VIH en ayant un seul partenaire sexuel non infecté et qui est lui-même fidèle (Q604)					
Oui	22	22	28	55	35
Sait que le risque de transmission du VIH peut être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport sexuel (Q602)					
Oui	18	28	27	52	34
Sait qu'une personne en bonne santé physique peut être porteuse du VIH (Q606)					
Oui	18	16	32	49	33
Sait qu'on ne peut pas attraper le VIH par des piqûres de moustiques (Q605)					
Oui	6	14	9	26	15

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n =50)	Dar Naim% (n =100)	Nouadhibou % (n =100)	Ensemble % (n = 300)
Sait qu'on ne peut attraper le VIH en partageant un repas avec une personne infectée par le VIH (séropositive) (Q603)					
Oui	20	24	26	31	26
Connaissance des moyens de se prévenir du VIH exacte et rejet des idées fausses/ Bonne connaissance en matière de prévention du VIH (bonnes réponses aux 5 questions) *(Q604, Q602, Q603, Q605, Q606)					
Oui	2	8	4	3	4

7.7.2. Connaissance des moyens en matière de prévention du VIH selon l'âge et le niveau d'instruction, Mauritanie, 2024

Le tableau ci-après montre que dans l'ensemble, la proportion de bonne connaissance en matière de prévention du VIH est de 4% chez les détenus quel que soit la tranche d'âge de 15-24 ans ou de 25 ans et plus d'appartenance du détenu. Cependant, à Aleg, une plus grande proportion de détenus âgé de 25 ans et plus (9%) avec une bonne connaissance en matière de prévention du VIH a été observée comparativement aux détenus de 15-24 ans où c'est 6% qui avaient une bonne connaissance en matière de prévention du VIH. Toutefois, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

Selon le niveau d'instruction, les proportions de détenus ayant un niveau d'instruction secondaire (9%) et supérieur (8%) sont plus élevées à avoir une bonne connaissance sur le VIH, la plus faible proportion de bonne connaissance en matière de prévention du VIH (1%) étant enregistrée auprès des détenus ayant un niveau d'instruction primaire. Toutefois, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau VI. 19: Bonne connaissance en matière de prévention du VIH selon l'âge et le niveau d'instruction

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n =50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n =300)
Age (Q101)					
15-24 ans	0	6	6	0	4
25 ans et plus	3	9	3	4	4
Instruction (Q104)					
Pas d'éducation formelle (Jamais)	0	9	0	0	2

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n =50)	Dar Naim% (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n =300)
scolarisée/ Ecole coranique)					
Primaire	0	0	2	0	1
Secondaire	8	20	6	8	9
Supérieur	0	-	11	0	8

7.8. COMPORTEMENT DES DÉTENUS VIS-À-VIS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH)

L'évaluation de l'opinion ou attitude des enquêtés lorsqu'ils sont confrontés aux situations impliquant les PVVIH est présentée dans le tableau ci-après.

A partir de la réponse aux deux questions suivantes, un indicateur composite (pourcentage de détenus de 15 à 49 ans qui font état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH) a été déterminé (nombre de personnes interrogées, âgées de 15 à 49 ans, ayant répondu « non » à l'une des deux questions suivantes rapporté à celui des personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler du VIH).

- Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne dont vous connaissez la séropositivité ?
- Pensez-vous que les enfants vivant avec le VIH devraient pouvoir être scolarisés avec des enfants séronégatifs ?

Globalement, dans l'ensemble, près de la moitié des détenus âgés de 15-45 ans (49%) font état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH. Les plus grandes et faibles proportions de détenus âgés de 15-45 ans qui font état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH sont respectivement de 86% à Nbeyka et de 36% à Nouadhibou.

Tableau VI. 20: Comportement des détenus vis- à-vis des personnes vivant avec le VIH, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n =50)	Dar Naim % (n =100)	Nouadhibou % (n =100)	Ensemble % (n =300)
Partagerait un repas avec une personne que vous savez infectée par le VIH ou malade du Sida (Q608)					
Oui	n =14 57	n =22 55	n =42 48	n =67 67	n =145 59
Serait prête à porter assistance dans ses soins à un partenaire masculin infecté par le VIH ou malade du Sida (Q607)					
Oui	n =14 79	n =22 82	n =42 79	n =69 74	n =147 77

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n =50)	Dar Naim % (n =100)	Nouadhibou % (n =100)	Ensemble % (n =300)
Pense qu'on doit garder comme secret de famille le statut sérologique d'un membre de la famille infecté par le VIH (Q612)					
Oui	n =14 71	n =22 59	n =42 83	n =69 83	n =147 78
Pense qu'un élève ou un étudiant porteur du VIH et non-malade peut continuer d'aller à l'école ou à l'université (Q609)					
Oui	n =14 50	n =22 55	n =42 67	n =69 68	n =147 64
Achèterait de la nourriture ou des légumes d'une personne infectée par le VIH (boutiquier ou un vendeur) (Q611)					
Oui	n =14 21	n =22 41	n =42 57	n =69 70	n =147 57
Pourcentage de personnes parmi les détenus de 15 à 49 ans qui rapportent des état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH. (Q609, et Q611)					
	86	64	46	38	49

7.9. CONSOMMATION DE DROGUES EN PRISON ET EXPOSITION AU SANG

En ce qui concerne la consommation de drogues, le tableau suivant montre que 10% des détenus ont déclaré avoir déjà consommé des drogues durant leur détention. Le type de drogue le plus consommé par ceux qui ont déclaré avoir consommé des stupéfiants dans les 6 derniers mois (48%) est dénommé autres drogues (Pierre Marocain, Hachiché, Tiafty), il est suivi de l'héroïne consommé par 34% des détenus, de la cocaïne consommée par 21% des détenus.

Par ailleurs, il faut signaler qu'aucun détenu n'a déclaré avoir injecté des drogues en prison au cours des 6 derniers mois.

Tableau VI. 21: Consommation de drogues parmi les détenus, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n =50)	Dar Naim % (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n =300)
A déjà consommé des drogues en détention Q901					
Oui	6	12	9	11	10
Type (s) de drogue (s) consommée (s) par ceux qui ont consommé des stupéfiants dans les 6 derniers mois Q902					
A pris des Médicaments psychoactifs dans les 6 derniers mois	n =3 0	n =6 50	n =9 22	n =11 0	n =29 17

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n =50)	Dar Naim % (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n =300)
A pris de la cocaïne dans les 6 derniers mois	0	33	0	36	21
A pris de l'héroïne dans les 6 derniers mois	0	33	11	64	34
A pris Autres drogues (Pierre Marocain, Hachiché, Tiafty) dans les 6 derniers mois	100	67	56	18	48
A déjà injecté des drogues en prison au cours des 6 derniers mois Q903					
Oui	0	0	0	0	0
A utilisé dans les 6 derniers mois une seringue qui avait déjà été utilisée par quelqu'un d'autre Q904					
Oui	-	-	-	-	-

Le tableau suivant montre que dans l'ensemble, 2% et 1% des détenus ont déclaré avoir déjà successivement partagé une lame de rasoir pour prendre des drogues ou se scarifier en détention et déjà été tatoué en détention.

Tableau VI. 22: Autre comportement à risque en milieu carcéral, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n =50)	Dar Naim % (n = 100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n =300)
A déjà partagé une lame de rasoir pour prendre des drogues ou se scarifier en détention Q803					
Oui	0	0	4	2	2
A déjà été tatoué en détention Q811					
Oui	2	0	0	2	1
A déjà fait un piercing ou insertion d'objets sous la peau en détention Q812					
Oui	0	0	0	2	1
A déjà participé à un rituel de partage de sang en détention Q813					
	n =50	n =50	n =99	n =100	n =299
Oui	0	0	1	0	0

7.10. VIOLENCE ET RISQUE EN MILIEU CARCÉRAL

Le tableau ci-après montre que près de trois détenus sur dix (29%) ont déjà entendu parler de violence sexuelle ou en ont été dans leur lieu de détention. Les plus grandes

proportions sont enregistrées à Nbeyka (90%) et à Aleg (40%) et la plus faible a été enregistrée à Nouadhibou (3%).

Dans l'ensemble, 1% des détenus ont déclaré avoir déjà été forcés à avoir des relations sexuelles dans leur établissement pénitentiaire.

Tableau VI. 23: Violence en milieu carcéral, Mauritanie, 2024

	Nbeyka % (n =50)	Aleg % (n =50)	Dar Naim % (n =100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
A entendu parler de violences sexuelles ou en a été témoin (relations sexuelles contre la volonté de quelqu'un) dans cet établissement Q804					
Oui	90	40	19	3	29
A déjà été forcé d'avoir des relations sexuelles dans cet établissement pénitentiaire Q808					
Oui	0	2	1	0	1
A déjà forcé quelqu'un d'avoir des relations sexuelles dans cet établissement Q809					
Oui	0	0	1	0	0

Les données ci-dessus en lien avec les violences physiques et ou sexuelles issues de l'analyse quantitative sont confirmées par les données qualitatives comme en témoigne le verbatim ci-dessous.

« L'argent qu'on m'envoie est toujours coupé, je n'obtiens jamais le montant global, souvent ils justifient les coupures d'argent sur le lit ou le coussin que tu utilises, ils trouvent toujours une excuse pour diminuer ton argent. Souvent aussi il y a des prisonniers qui essaient de te violer le soir pendant que tu dors, je l'ai dit au chef de cour secondaire qui m'a demandé de dégager et qu'il s'en fou, ensuite je l'ai dit au chef de cour principal qui m'a encore chassé. Au final, j'ai prévenu les gardes sur le fait que la prochaine fois que le jeune va refaire cela, je vais le tuer, c'est là-bas que j'ai enfin eu la paix » EIA prison civile de Nouadhibou

7.11. ACCES AUX SERVICES, SEANCES D'INFORMATION SUR LE VIH ET OUTILS DE PREVENTION DU VIH

Le tableau ci-après montre que 3% des détenus ont déclaré avoir été exposés au moins une fois aux messages écrits sur le VIH au cours des six derniers mois. Les canaux d'exposition les plus rapportés par les détenus sont par ordre décroissant la télévision (78%), la radio (33%) et les proches parents (11%).

Tableau VI. 24: Accès aux messages de prévention contre les IST, le VIH et le Sida au cours des six derniers mois par les détenus selon le site d'enquête, Mauritanie, 2024

	Nbeyka% (n =50)	Aleg % (n =50)	Dar Naim% (n =100)	Nouadhibou % (n =100)	Ensemble % (n =300)
A été exposé a des messages écrits sur le VIH au cours des 6 derniers mois					
Q1001					
Jamais	100	96	99	94	97
Au moins une fois	0	4	1	6	3
	n =0	n =2	n =1	n =6	n =9
Radio	0	100	100	0	33
Télévision	0	100	0	83	78
Agent social	0	0	0	0	0
Proche parent (père, mère, frère, sœur)	0	0	0	17	11

Le volet qualitatif de l'enquête confirme les données ci-dessous relatives à l'accès des détenus aux messages de prévention sur les IST et le VIH.

« Moi en tout cas c'est toi la première personne qui vient me parler du Sida et des IST, je suis là depuis longtemps mais je n'ai jamais entendu parler de ça, les gens ne sont jamais venus me sensibiliser ou enquêter, à part vous ». EIA prison civile de Nouadhibou

L'indicateur « Avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention combiné au cours des 3 derniers mois » est calculé en considérant le nombre de personnes parmi les détenus qui déclarent bénéficier d'au moins deux des interventions de prévention indiquées rapporté sur le nombre de détenus répondant :

- Au cours des trois derniers mois, vous a-t-on donné des préservatifs et un lubrifiant (par exemple, dans le cadre d'un service de proximité en prison) ? Q1003, Q1006
- Au cours des trois derniers mois, avez-vous reçu des conseils sur l'utilisation du préservatif et les rapports sexuels protégés (par exemple, dans le cadre d'un service de proximité en prison) ? Q1004
- Au cours des trois derniers mois, avez-vous reçu en prison des seringues ou des aiguilles stériles ? Q1005
- Avez-vous fait un dépistage des infections sexuellement transmissibles au cours des trois derniers mois en prison ? Q1007

Globalement, c'est 1% des détenus à Nouadhibou qui ont déclaré avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention combiné au cours des 3 derniers mois.

Tableau VI. 25: Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les détenus selon le site d'enquête, Mauritanie, 2024

	Nbeyka% (n = 50)	Aleg % (n =50)	Dar Naim% (n =100)	Nouadhibou % (n = 100)	Ensemble % (n = 300)
A reçu en prison des préservatifs (par ex, dans le cadre d'un service de proximité) au cours des 3 derniers mois Q1003					
Oui	0	0	0	6	2
A reçu seringue/aiguille stérile dans cette prison dans les 3 derniers mois Q1005					
Oui	0	0	0	0	0
A reçu en prison des conseils sur l'utilisation du préservatif et les rapports sexuels protégés (par ex, dans le cadre d'un service de proximité) au cours des 3 derniers mois Q1004					
Oui	0	0	0	1	0
A consulté en prison pour les infections sexuellement transmissibles au cours des 3 derniers mois Q1006					
Oui	0	0	1	2	1
Pourcentage de détenus qui ont bénéficié d'au moins deux services de prévention combiné au cours des 3 derniers mois * (Q1003, Q1004, Q1005, Q1006) *					
Oui	0	0	0	1	0

Le verbatim ci-dessous vient confirmer l'insuffisance de couverture des programmes de prévention en direction des détenus.

« Par rapport à l'appréciation de la mise en œuvre des interventions en direction des groupes à haut risque et vulnérables, les détenus qui ont séjourné longtemps dans ces prisons estiment qu'il y a un grand changement. Les structures sont bien aménagées contrairement à ce qu'il y avait. Il y a un paquet minimum de services de prévention offerts à leur endroit (services de prévention, dépistage, traitement, soins et soutien/protection). Mais, c'est insuffisant pour eux ... il y a des besoins omis, tels que : les préservatifs, plus de sensibilisations ... Une visite de gynécologues, de psychiatres, et de psychologues pour renforcer le gap, car il y a beaucoup de malades mentaux dans ces prisons » EIA détenus

Ils ne nous donnent que du gel. Une fois, une ONG internationale s'est présentée dans la prison de Daar Naim, ils ont été renvoyés. Rire ! Nous bénéficions aussi des médicaments et des injections gratuitement ».

Le tableau suivant montre que 3% des détenus ont déclaré avoir déjà reçu un diagnostic de tuberculose avec la plus forte proportion observée à Nbeyka (8%) suivi de Dar Naim (3%) et de Nouadhibou (2%). Tous les détenus ayant affirmé avoir reçu un diagnostic de la tuberculose sauf à Dar Naim (2% traités sur 3% ayant reçu un diagnostic de tuberculose) ont déclaré avoir été traité par antituberculeux.

En ce qui concerne le traitement antituberculeux, 38% des détenus parmi ceux ayant été diagnostiqués ont déclaré être sous traitement antituberculeux au moment de l'enquête et tous ces détenus ont affirmé recevoir le traitement antituberculeux au niveau des infirmeries des prisons.

Tableau VI. 26: Symptômes et prise en charge de la tuberculose parmi les détenus, Mauritanie, 2024

	Nbeyka% (n = 50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n =100)	Nouadhibou % (n =100)	Ensemble % (n = 300)
A déjà reçu un diagnostic de tuberculose Q1010					
	n =50	n =50	n =100	n =99	n =299
Oui	8	0	3	2	3
A déjà été traité par anti-tuberculeux Q1012					
Oui	8	0	2	2	3
A eu de la toux avec des crachats de sang dans les 6 derniers mois Q1018					
	n =50	n =50	n =100	n =100	n =299
Oui	26	16	11	3	12
A été diagnostiqué comme infecté par la tuberculose dans cette prison Q1011					
	n =50	n =50	n =100	n =99	n =299
Oui	0	0	2	1	1
Est actuellement sous traitement anti-tuberculeux (Q1013)					
	n=4	-	n=2	n=2	n=8
Oui	50	-	0	50	37,5
Reçoit le traitement de l'infirmerie parmi ceux sous traitement anti-TB (Q1014) *					
	n=2	-	-	n=1	n=3
Oui	100	-	-	100	100

Le tableau ci-contre révèle qu'un détenu sur trois (33%) ont déclaré qu'ils pensent que l'établissement propose un traitement médical aux personnes malades avec la plus forte proportion enregistrée à Nouadhibou (62%). Par contre, à Nbeyka et à Aleg, aucun des détenus enquêtés n'a affirmé que l'établissement propose un traitement médical aux personnes malades. En ce qui concerne les symptômes présentés par les détenus au cours des six derniers mois, il faut noter que c'est la fièvre qui a été plus rapportée par les détenus (51%) et les lésions de la peau, l'affection la moins rapportée par les détenus (12%)

Tableau VI. 27: Symptômes et prise en charge médicale des détenus, Mauritanie, 2024

	Nbeyka% (n =50)	Aleg % (n = 50)	Dar Naim% (n =100)	Nouadhibou % (n =100)	Ensemble % (n = 300)
Pense que l'établissement propose un traitement médical aux personnes malades Q1032					
Oui (insatisfait)	0	0	37	62	33
A eu de la fièvre au cours des 6 derniers mois Q1015					
Oui	54	56	57	42	51
A eu des maux d'estomac au cours des 6 derniers mois Q1016					
	n =50	n =50	n =100	n =99	n =299
Oui	32	38	3	22	20
A eu de la toux au cours des 6 derniers mois Q1017					
Oui	32	38	16	12	21
A eu la diarrhée au cours des 6 derniers mois Q1019					
Oui	40	38	17	25	27
A eu des affections de la peau au cours des 6 derniers mois Q1021					
Oui	18	8	20	4	12

Comme décrit dans le tableau ci-dessus, les entretiens avec les détenus ont montré qu'ils ont un accès limité aux soins en milieu carcéral. Les verbatims ci-dessous en sont des illustrations.

*« Euh ! les problèmes fusent en prison, euh ! Premièrement si tu es malade, tu ne peux pas aller à l'hôpital ou bien les gardes ne te font pas sortir, parce qu'il y a des prisonniers capricieux qui veulent tout le temps se rendre à l'infirmerie. Si tu insistes, ils trouveront un alibi comme quoi : l'infirmier n'est pas encore venu, la queue est longue. Personnellement, j'ai une maladie chronique qui s'appelle la *Goute*, j'avais un rendez-vous de 6 mois, regardez comment mes pieds et mes mains sont gonflés. Un rendez-vous qui était euh ! prévu le 5eme mois, est dépassée de 3 mois. Donc...on trouve tous les problèmes du monde hein ! » EIA prison civile de Dar Naim*

« Nous avons tous déjà une fois sollicité ou bénéficié des services d'une structure sanitaire : celle des prisons qui font de leur mieux. Mais ce que nous cherchons, c'est une meilleure prise en charge dans les hôpitaux ou on peut faire toutes les analyses. »

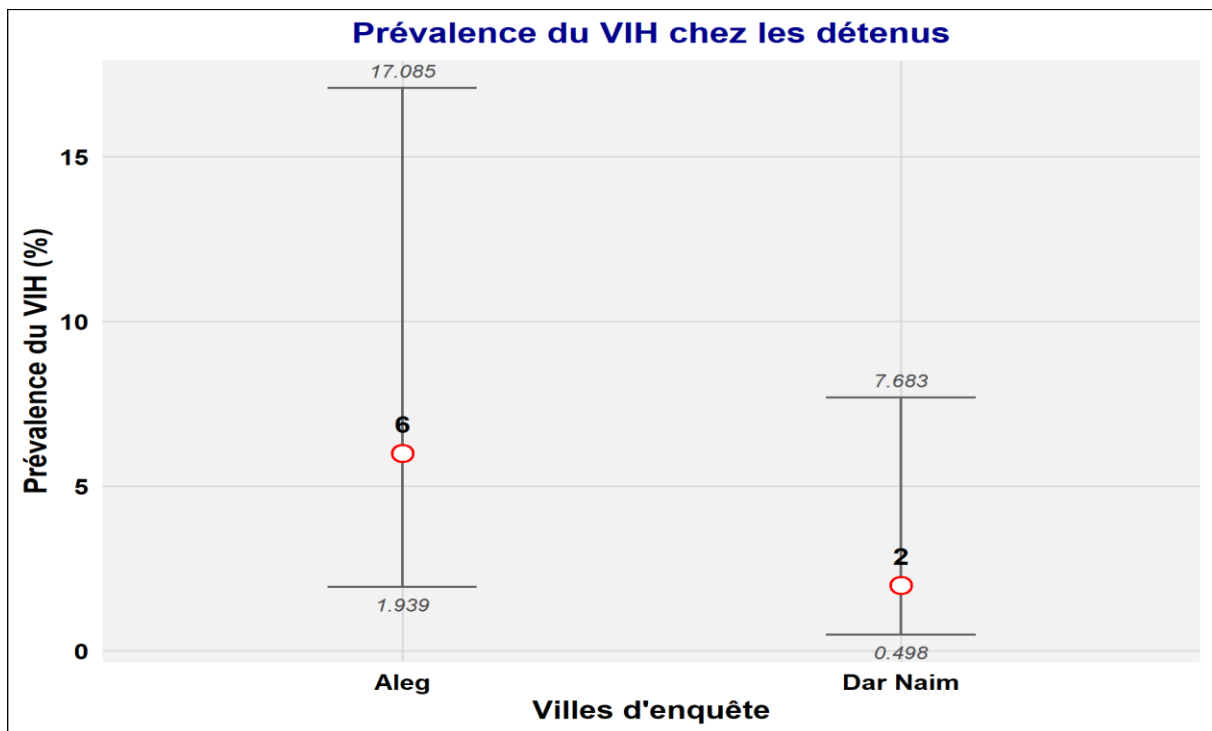
7.12. LA CASCADE DE TRAITEMENT ET DES 95-95-95

Sur les cinq (05) détenus positifs au contrôle de qualité, un seul connaissait son statut et était sous ARV. Les prélèvements fait lors de l'enquête n'ont pu être analysés pour cette cible, il n'est donc pas possible de réaliser la cascade des 95-95-95 pour cette cible.

7.13. PREVALENCE DU VIH, DE LA SYPHILIS, DE L'HEPATITE C ET B ET FACTEURS ASSOCIES

7.13.1. Prévalence du VIH selon le site d'enquête

Dans l'ensemble, la prévalence pondérée du VIH chez les détenus en Mauritanie en 2024 est de 1,67% [0,69 ;3,95]. La ville ayant la prévalence la plus élevée est celle de Aleg avec 6% [1,93 ; 17,08] et la ville de Dar Naim a enregistré la prévalence la plus faible à savoir 2% [0,49 ;7,68]. Aucun cas positif n'a été enregistré dans les villes de Nouadhibou et Nbeyka.



Graphique VI. 1: Prévalence du VIH selon le site d'enquête

7.13.2. Prévalence de l'infection à VIH selon les caractéristiques des détenus

La variation de la prévalence du VIH a été appréciée par rapport à quelques facteurs sociodémographiques à savoir l'âge et le niveau d'instruction.

De l'analyse du tableau ci-après, on peut retenir :

- La prévalence du VIH semble plus élevée chez les détenus âgés de 15-24 ans (2% contre 1% chez les détenus âgés de 25 ans et plus). Toutefois les tendances observées ne sont pas statistiquement significatives ($p= 0,320$).
- Par rapport au niveau d'instruction des détenus, ce sont les détenus ayant un niveau d'instruction secondaire qui semble avoir la prévalence la plus élevée (4%) ; la prévalence est estimée à 1% chez ceux ayant un niveau du primaire et est nul dans les autres cas. Toutefois les tendances observées ne sont pas statistiquement significatives ($p= 0,092$).

Tableau VI. 28: Prévalence de l'infection à VIH selon quelques caractéristiques chez les détenus

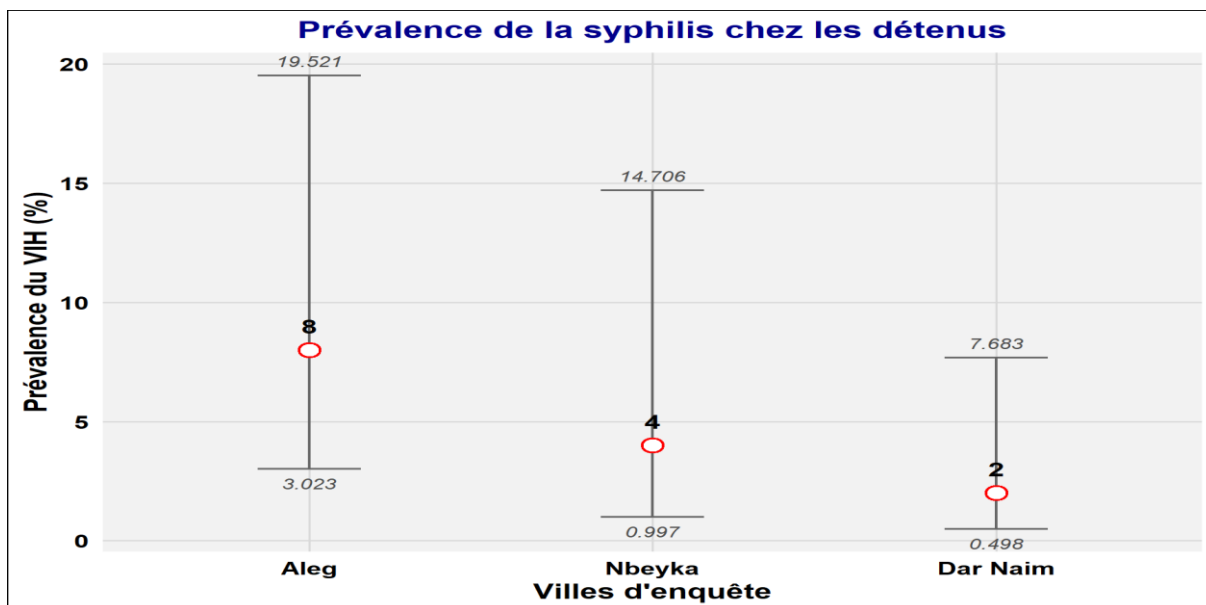
Facteurs	Aleg (AL)	Dar Naim	Nouadhibou	Nbeyka	Ensemble
Age (Q102)					
15-24 ans	6	3	0	0	2
25 ans et plus	6	1	0	0	1
Niveau d'instruction (Q104)					
Pas d'éducation formelle (Jamais scolarisée/ Ecole coranique)					
	0	0	0	0	0
Primaire					
	0	2	0	0	1
Secondaire					
	20	3	0	0	4
Supérieur					
	0	0	0	0	0

7.13.3. Facteurs associés à la prévalence du VIH chez les détenus

L'âge ne semble pas être un facteur associé au statut VIH chez les détenus. Le faible effectif de cas positifs limite considérablement la puissance statistique de cette analyse.

7.13.4. Prévalence de la syphilis chez les détenus

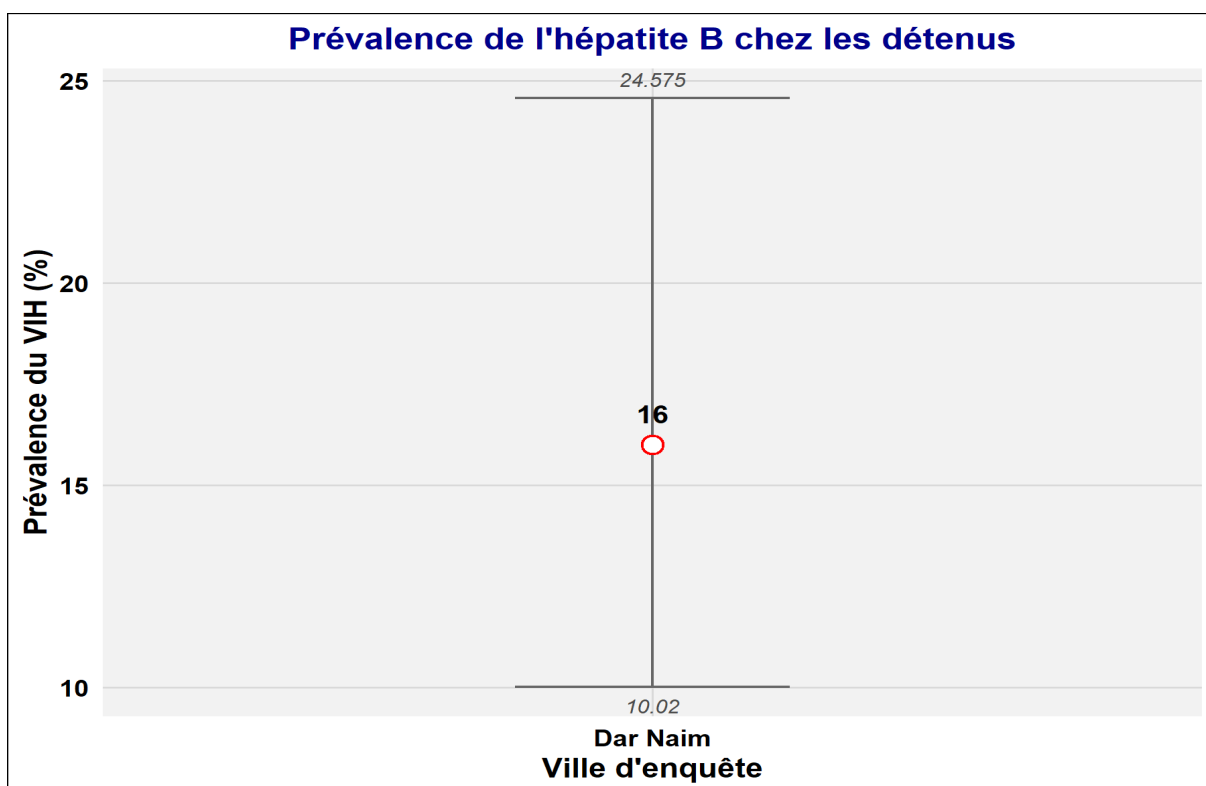
Pour l'ensemble des détenus, la prévalence pondérée de la syphilis est de 2,67% [1,33 ;5,25]. Elle varie de 2% [0,49 ;7,68] (Dar Naim) à 8% [3.023-19.521] (Aleg) ; aucun cas positif n'a été enregistré à Nouadhibou.



Graphique VI. 2: Prévalence de la syphilis selon le site d'enquête

6.1.1. Prévalence de l'hépatite B chez les détenus

Pour l'ensemble des détenus, un total de seize (16) cas d'hépatite B ont été retrouvés. La totalité des cas sont uniquement issue de la ville de Dar Naim avec une prévalence de 16% [10,02% ;24,57%].



Graphique VI. 3: Prévalence de l'hépatite B chez les détenus

7.14. CONCLUSION

De l'analyse du niveau actuel des principaux indicateurs chez les détenus, il ressort que :

- L'épidémie demeure au sein des détenus (1,67% [0,69 ;3,95] avec 6% [1,93 ; 17,08] à Aleg) ;
- Les détenus demeurent exposés aux IST (9% des détenus étaient incarcérés la dernière fois qu'ils ont présenté un liquide anormal, des brûlures urinaires, des plaies ou des boutons sur le sexe) ;
- La bonne connaissance sur le VIH reste globalement très préoccupante (4%) car pouvant limiter les efforts individuels de prévention du VIH ;
- Globalement, l'usage systématique du préservatif lors des rapports sexuels est également très préoccupant, ce qui ne rassure pas quant au maintien de la bonne couverture de l'utilisation systématique de préservatif chez cette cible ;
- Le niveau de couverture en paquet combiné de programmes de prévention au cours des 3 derniers mois est très préoccupant (1% des détenus à Nouadhibou et 0% pour les autres villes).
- Face à cette situation, il est impératif d'intensifier les efforts pour améliorer l'accès aux services de prévention et de dépistage, tout en poursuivant des actions visant à sensibiliser davantage cette population aux risques du VIH.

7.15. RECOMMANDATIONS

Suite à cette étude bio comportementale réalisée chez les détenus en Mauritanie, plusieurs recommandations sont formulées pour améliorer la situation en matière de prévention et de gestion de l'infection à VIH au sein des détenus :

- Renforcement des programmes de sensibilisation et d'éducation :
 - Développer des campagnes d'information sur le VIH adaptées à la population carcérale, en utilisant des supports visuels, des discussions de groupe et des témoignages ;
 - Organiser des sessions régulières sur les modes de transmission du VIH, les moyens de prévention, et les traitements disponibles. Les détenus doivent être bien informés pour adopter des comportements protecteurs ;
- Amélioration de l'accès aux services de prévention :
 - Développer des programmes de dépistage volontaire réguliers, en assurant la confidentialité des résultats et en fournissant un accompagnement psychologique pour les détenus testés positifs ;
- Formation du personnel pénitentiaire :
 - Former les gardiens et le personnel médical à la gestion de la prévention du VIH en milieu carcéral, en leur donnant des outils pour réduire la stigmatisation et la discrimination envers les détenus vivant avec le VIH ;
 - Former le personnel de santé à la détection précoce des infections et à la gestion des traitements antirétroviraux (ARV), afin d'assurer une prise en charge efficace des détenus séropositifs ;
- Renforcement de la couverture des soins médicaux en milieu carcéral :
 - Veiller à ce que les services de santé en prison soient suffisamment équipés et soutenus pour offrir une prise en charge de qualité aux détenus, y compris la fourniture de médicaments antirétroviraux pour ceux qui en ont besoin ;
 - Assurer la continuité des traitements VIH pour les détenus qui sont déjà sous traitement antirétroviral (ARV) avant leur incarcération et lors de leur libération ;
- Réduction de la stigmatisation et des discriminations :
 - Promouvoir un environnement où les détenus vivant avec le VIH se sentent soutenus et non discriminés. Il est crucial de garantir leur dignité et de créer des espaces sécurisés où ils peuvent parler de leurs problèmes de santé sans crainte de stigmatisation ;
- Collaboration avec les organisations communautaires et les ONG :
 - Impliquer les organisations de la société civile et les ONG spécialisées dans la lutte contre le VIH pour intervenir dans les prisons, en apportant leur expertise dans les domaines de la sensibilisation, de la prévention et du soutien psychosocial ;

- Créer des partenariats avec des structures extérieures pour soutenir les détenus après leur libération, afin de favoriser leur réinsertion sociale et leur suivi médical ;
- Mise en place d'une stratégie nationale de prévention ciblée en milieu carcéral
 - Élaborer une stratégie nationale spécifique à la prison, prenant en compte les particularités des détenus et les défis liés à la vie en détention. Cette stratégie devrait inclure des objectifs clairs pour la réduction de la transmission du VIH en milieu carcéral, des indicateurs de suivi et des mécanismes d'évaluation ;

I. ANNEXE

1.1. ANNEXE 1

Tableau 2: Rôle des membres du personnel de collecte

Réceptionniste - Gestionnaire de coupons	Représentant du groupe cible	Enquêteur	Conseiller psychosocial	Technicien de laboratoire	Superviseur
<ul style="list-style-type: none"> - Accueil de l'enquêté - Vérification de l'éligibilité et de la validité du coupon de référence (validité physique et électronique). - Gestion du flux de participants dans la salle d'attente. - Physionomiste ou capable de reconnaître au premier coup d'œil une personne déjà rencontrée. - Administration de la note d'information et du formulaire de consentement éclairé - Attribution d'un numéro séquentiel d'inclusion devant servir pour tous les postes de l'étude. - Remplissage de la fiche de contrôle pour chaque participant et du registre des fiches de contrôle comportant le numéro du coupon de référence et le numéro séquentiel d'inclusion pour chaque participant. - Explication du processus de recrutement par RDS aux participants 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil de l'enquêté - Vérification en première ligne de l'éligibilité des participants au travers de son observation et d'un bref entretien - Parfaitement familier avec le comportement et le langage des personnes des groupes à risque - Si doute concernant l'éligibilité, information du gestionnaire de coupons en écrivant sur la liste de contrôle, alors ils décideront tous deux de l'éligibilité du participant. Si besoin, ils feront appel au coordinateur du site/superviseur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reportage du numéro séquentiel d'inclusion - Entretien avec l'enquêté en vue de la validation définitive de l'éligibilité - Conduite de l'interview et remplissage du questionnaire - Signature de la fiche de contrôle à la fin de l'interview - Accompagnement de l'enquêté vers le technicien de laboratoire - Physionomiste 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil pré-test - Accompagne l'enquêté vers le technicien de laboratoire avec son numéro séquentiel d'inclusion - Conseil post test et référence aux médecins ou dans les services adaptés/SA de convenance pour prise en charge globale/PECG des cas positifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Après le conseil, demande du consentement du participant pour un prélèvement veineux pour le dépistage du VIH, de la syphilis et des hépatites (B et C) - Inscription du numéro séquentiel d'inclusion sur l'étiquette à coller le tube, le sachet ziplock, et le papier buvard - Orientation du participant après le test vers le conseiller psychosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller au respect des procédures d'enquête - Contrôler quotidiennement la conformité des numéros séquentiels d'inclusion des participants - Vérifier les questionnaires saisis quotidiennement, les valider et envoyer sur le serveur Survey Solutions - Faire un rapport quotidien de supervision auprès de l'équipe technique - Relever toutes les difficultés et anomalies qui pourraient subvenir dans le processus de l'étude et les partager avec l'équipe technique. - Veiller au respect des procédures d'enquête

Tableau I. 3: Vue synoptique des indicateurs clés pour les trois (03) groupes cibles

N°	Libellé des indicateurs	PS	HSH	Détenus	Ensemble
Taille de l'échantillon et caractéristiques sociodémographiques					
1	Echantillon enquêté (N)	255	466	300	1021
2	% Agé de 15 à 24 ans	32	70	27	NA
3	% Agé de 25 ans et +	68	30	73	NA
4	% sexe masculin	0	100	100	NA
5	% sexe féminin	100	0	0	NA
6	% scolarisé	71	91	82	NA
7	% non scolarisé (Jamais/informelle)	29	9	18	NA
8	Age moyen au premier rapport sexuel	18*	16	NA	NA
Prévalence du VIH, de la syphilis et de l'hépatite virale B (%)					
9	Prévalence du VIH	18,2	28,1	1,7	NA
10	Prévalence de la syphilis	5,9	16,6	2,7	NA
11	Prévalence de l'hépatite B	18,4	3,9	5,3	NA
Charge virale du VIH au sein des différents groupes					
12	A une charge virale supprimée (%)	29	82	ND	NA
Connaissances, attitudes et pratiques (%)					
13	Connait les moyens de se prévenir du VIH et rejette les fausses croyances relatives à la transmission du VIH (Bonne connaissance en matière de prévention du VIH)	9	26	4	NA
14	A utilisé un préservatif au dernier rapport avec un partenaire masculin (occasionnel)	66	84	6	NA
15	Testé au VIH dans les 6 derniers mois et a reçu les résultats (%)	25	NA	NA	NA
16	Testé au VIH dans les 12 derniers mois et a reçu les résultats (%)	NA	71	4	NA
17	Connaissance de son statut VIH positif (%)	29	31	2	NA
18	A bénéficié d'au moins deux services de prévention combinée au cours des 3 derniers mois (%)	19	47	0	NA
19	Actuellement sous traitement antirétroviral (%)	29	100	100	NA
20	A pris la PrEP au cours des six derniers mois (%)	0	0	NA	NA
21	A pris la PPE au cours des six derniers mois (%)	0	0	NA	NA
Barrières d'accès aux services de prévention, de soins et juridiques (%)					
22	A été victime de violence physique (violente ou brutalisé) au cours des 12 derniers mois	12	9	NA	NA
23	A été victime de violence sexuelle au cours des 12 derniers mois	12	2	1	NA
24	A été victime de violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois	17	8	NA	NA
25	A évité de consulter les services de santé au cours des 6 derniers mois par crainte que l'on l'identifie	7**	2	NA	NA

N°	Libellé des indicateurs	PS	HSH	Détenus	Ensemble
26	A déjà eu peur de demander des services de santé au cours des 12 derniers mois par crainte que quelqu'un apprenne leur statut	9	2	NA	NA
27	A été victime de stigmatisation et de discrimination dans les 6 derniers mois	16	12	NA	NA
28	Agé de 15 à 49 ans et a rapporté des attitudes discriminatoires à l'encontre des PVVIH	12	41	49	NA
29	A été arrêté, conduit au poste de police ou en prison à cause de son statut au cours des 12 derniers mois	10	4	NA	NA
Tailles des populations clés					
30	Taille estimée par la méthode d'échantillonnage successif	8118	4272	NA	NA
		[3548-10901]	[2357-5701]		

*Age **médian** au premier rapport sexuel

A déjà eu peur de demander des services de santé dans les **12 derniers mois par crainte que quelqu'un apprenne que vous êtes une PS

1.2. ANNEXE 2

Tableau IV. 46 : Comportement adopté lors du dernier épisode d'IST

Caractéristiques	Nouadhibou % (n =128)	Nouakchott % (n =243)	Rosso % (n =95)	Ensemble % (n =466)
Comportement adopté lors du dernier épisode d'IST (Q504b)	n = 128	n =243	n = 95	n = 466
Je suis allé chez une association/ ONG pour examen et traitement	1	1	1	1
Je suis allé chez un médecin privé pour examen et traitement	2	7	5	6
Je suis allé à la pharmacie pour acheter des médicaments	1	1	4	2
Je suis allé chez des guérisseurs traditionnels pour traitement	0	0	1	0
J'ai demandé de l'aide à un(e) ami(e)	0	1	1	1
Automédication à domicile	1	0	1	0
J'ai informé mon partenaire sexuel au sujet des symptômes	0	1	0	0
J'ai cessé d'avoir des rapports sexuels jusqu'à disparition des symptômes /guérison	0	1	0	0
Rien (Q504a==0)	95	90	88	90

Tableau IV. 47: Prévalence du VIH selon le site d'enquête

Ville	Nombre ayant fait le test (N) ou qui ont subi un test de dépistage du VIH	Nombre testé positive (n) ou qui reçoivent un résultat positif au test du VIH	Prévalence pondérée du VIH (%) IC 95% (n/N)
Nouakchott	243	91	35.6[29.5,42.3]
Nouadhibou	128	10	6.48 [3.4,12]
Rosso	95	4	3.69[1.26,10.3]
Ensemble	466	105	28.1[23.5,33.3]

Tableau IV. 48: Facteurs associés au VIH chez les HSH

Facteurs	N	Rapport de cote (RC) (pondérée)	p.valeur
1. Age (Q101)			
15-24	48	1	
25 ans et plus	57	3.82(2.69-6.43)	0.000

Facteurs	N	Rapport de cote (RC) (pondérée)	p.valeur
2. A présenté des ulcérations/plaies sur le sexe au cours des 12 derniers mois (Q503)			
Oui	13	0.86(0.41-1.80)	0.689

Tableau IV. 49: Prévalence de la syphilis selon les sites d'enquête

Ville	Nombre ayant fait le test (N) ou testées pour la syphilis	Nombre testé positive (n) ou qui reçoivent un résultat positif au test de dépistage de la syphilis	Prévalence pondérée syphilis (%) IC 95%
Nouakchott	243	56	21.1[16.1,27]
Nouadhibou	128	8	5.88[2.89,11.6]
Rosso	95	0	--
Ensemble	466	64	16.6[12.8,21.1]

Tableau IV. 50: Prévalence de l'hépatite B selon le site d'enquête

Ville	Nombre ayant fait le test (N)	Nombre testé positive (n)	Prévalence pondérée VHB (%) IC 95%
Nouadhibou	128	12	9.69 [5.53,16.4]
Nouakchott	243	9	3.73 [1.85,7.36]
Rosso	95	0	--
Ensemble	466	21	3.87[2.28,6.5]

Tableau IV. 51: Prévalence de la coïnfection VIH et de l'hépatite B selon le site d'enquête

Ville	Nombre ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH et de l'hépatite B et/ou C (N)	Nombre testé positive à la fois au VIH et VHB (n)	Prévalence pondérée (%) IC 95%
Nouadhibou	128	0	--
Nouakchott	243	7	3.15 [1.44,6.74]
Rosso	95	0	--
Ensemble	466	7	2.38 [1.09,5.11]

Tableau IV. 52: Evolution de la prévalence du VIH chez les HSH en Mauritanie

	Rosso N = 200		Nouakchott N = 302		Nouadhibou N = 203		Total N=705	
VIH 2019	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)
	7	3.7 (1.4, 5.9)	72	24.9 (18.2, 31.6)	10	4.7 (2.1, 7.3)	89	23.4 (21, 79)
VIH 2024	Rosso N = 95		Nouakchott N = 243		Nouadhibou N = 128		Total N=466	
	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)
	4	3, 69 (1,26;10,3)	91	35,6 (29,5 ; 42,3)	10	6,48 (3,4 ; 12)	105	28.4 (23,5 ;33,3)

Tableau IV. 53: Evolution de la prévalence de la syphilis chez les HSH en Mauritanie

	Rosso N = 200		Nouakchott N = 302		Nouadhibou N = 203		Total N=705	
Syphilis 2019	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)
	0	--	7	0.9 (0.3, 15.8)	3	1.2 (0.3, 2.1)	10	1 (0.1, 1.8)
Syphilis 2024	Rosso N = 95		Nouakchott N = 243		Nouadhibou N = 128		Total N=466	
	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)
	0	--	56	21,1% (16,1 ; 27)	8	5,8% (2,89 ; 11,6)	64	16,6% (12,8;21,1)

1.3. ANNEXE 3

Tableau V. 41: Caractéristiques des graines de l'enquête bio comportementale chez les PS dans les sites d'enquête en Mauritanie, 2024

Graines & site de collecte	Taille réseau social	Statut matrimoniale	Age	Instruction	Nombre de vagues	Nombre de recrues
1 Nouadhibou	10	Jamais mariée	25	Primaire complet	11	93
2 Nouadhibou	15	Divorcée/Séparée	47	Secondaire incomplet	12	47
1 Nouakchott	15	Divorcée/Séparée	55	Secondaire incomplet	11	43
2 Nouakchott	15	Divorcée/Séparée	28	Secondaire incomplet	3	6
3 Nouakchott	15	Divorcée/Séparée	42	Primaire incomplet	1	4
1 Rosso	10	Divorcée/Séparée	31	Secondaire incomplet	11	56
2 Rosso	10	Divorcée/Séparée	36	Primaire complet	1	2
3 Rosso	10	Jamais mariée	20	Non scolarisé (aucun)	2	4

Tableau V. 42: Age au premier rapport sexuel chez les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n =255)
A eu son premier rapport sexuel avant l'Age de 15 ans (Q200)				
Oui	25	37	9	31

Tableau V. 43: Répartition des PS en fonction de la bonne connaissance en matière de prévention du VIH selon l'âge et le niveau d'instruction, en Mauritanie, 2024

Caractéristiques sociodémographiques	Nouadhibou % (n = 255)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
Age (Q101)				
15-24 ans	35	0	43	11
25 ans et plus	65	100	57	89
Niveau d'instruction (Q109)				
Jamais scolarisé (aucun/école coranique)	1	67	0	47
Primaire	34	33	0	31
Secondaire	54	0	100	20
Supérieur	11	0	0	3
Ensemble	100	100	100	100

Tableau V. 44: Bonne connaissance sur la PTME parmi les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 255)
Bonne connaissance sur la PTME (Q612 à Q615)				
Oui	36	49	27	44

Tableau V. 45: Accès aux messages de prévention contre les IST, le VIH et le Sida au cours des six derniers mois par les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n = 140)	Nouakchott % (n = 53)	Rosso % (n = 62)	Ensemble % (n = 140)
A entendu, lu ou vu un ou plusieurs message(s) sur les maladies qu'on peut attraper au cours des rapports sexuels durant les six derniers mois (Q1001)	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Oui	13	54	36	48
Sources des messages entendus, lus ou vus sur les maladies qu'on peut attraper au cours des rapports sexuels durant les six derniers mois (Q1002)				
Radio/ Télévision/ Journaux/ Brochure / affiche	n = 21	n = 33	n = 23	n = 77
	0	41	0	35
Personnel de santé / Pairs éducateurs/ Relais communautaire	0	0	0	0

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =140)
Leaders religieux	0	0	0	0
Amis / parents/ Conjoint	0	23	0	20
A l'école/ Au travail	0	5	0	5

Tableau V. 46: Accès aux services de prévention des IST, du VIH et du Sida par les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
A déjà appelé un numéro vert pour parler à quelqu'un du VIH et du sida (Q1007)				
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Oui	1	7	0	5
A déjà parlé du VIH ou des IST avec « un(e) pair(e)- éducateur (rice) » (Q1008)				
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Jamais	86	83	86	84
Oui au cours des 3 derniers mois	12	13	10	12
Oui il y a 3 à 6 derniers mois	1	2	1	2
Oui mais il y a plus de 6 mois	1	2	3	2
Thème (s) abordé (s) par le/la pair(e)-éducateur (rice)” (Q1009)				
	n = 21	n = 11	n = 10	n = 42
Les voies et moyens pour éviter une infection à VIH	89	85	100	88
Les voies de transmission du VIH	90	46	100	57
L'utilisation correcte du condom	65	19	38	25
Le lieu d'une clinique IST	59	9	0	11
Lieu de recours aux soins	47	16	10	17
Questions de planification familiale	0	0	37	5
A bénéficié d'un dépistage du VIH, de la PrEP, de préservatifs ou d'autres services de prévention ou de traitement dans votre lieu de travail/école au cours des 12 derniers mois (Q1010a)				
	n = 133	n = 52	n = 61	n = 246
Oui	1	1	0	1

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Non	99	99	100	99
Souhaite recevoir des informations sur la prévention du VIH au travers les activités éducatives, groupes de paroles ou soirées festives (Q1011)				
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Activités éducatives	70	74	91	77
Groupes de parole	45	67	94	70
Soirées festives	22	76	83	73

Tableau V. 47: Accès gratuit aux préservatifs et gels lubrifiants par les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Institutions ou personnes qui vous ont donné des préservatifs gratuits au cours des 6 derniers mois parmi celles qui ont reçu des préservatifs dans les 6 derniers mois (Q1013)				
	n =41	n =6	n =3	n =50
Centre de santé	0	30	0	21
ONG	38	58	67	54
Association	0	30	33	24
PE	74	50	33	54
A utilisé les préservatifs reçus gratuitement parmi celles qui en ont reçu (Q1016)				
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Non	5	21	63	27
Oui	27	70	13	56
N'a jamais reçu de préservatifs gratuitement	69	10	24	17

Tableau V. 48: Besoins et achat des préservatifs par les PS, Mauritanie, 2024

	Nouadhibou % (n =140)	Nouakchott % (n =53)	Rosso % (n =62)	Ensemble % (n =255)
Besoins mensuels en préservatifs masculins (Q1014)				
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Aucun	0	15	56	21
1 à 5 unités)	2	8	32	12
5 à10 unités	3	20	5	16
10 à 15 unités	6	12	2	10
15 à 20 unités	10	6	3	5
Plus de 20 unités	79	39	1	36
Besoins mensuels en préservatifs féminins (Q1015)				
	n = 140	n = 53	n = 62	n = 255
Aucun	74	88	90	88
1 à 5 unités)	1	11	5	9
5 à10 unités	3	0	2	1
10 à 15 unités	4	0	3	1
15 à 20 unités	4	0	0	0
Plus de 20 unités	13	1	0	2
A eu des difficultés à se procurer des préservatifs en situation de besoin dans les 6 derniers mois (Q1017)				
Non	64	85	97	85
Oui	36	15	3	15
Dépenses moyennes en MRU pour achat de préservatif au cours du dernier mois (Q1018)				
Moyenne en MRU	2158	982	37	910

Tableau V. 49: Prévalence du VIH selon le site d'enquête

Ville	Nombre ayant fait le test (N) ou qui ont subi un test de dépistage du VIH	Nombre testé positive (n) ou qui reçoivent un résultat positif au test du VIH	Prévalence pondérée du VIH (%) IC 95% (n/N)
Nouakchott	53	12	22.2 [11.9,37.7]
Nouadhibou	140	12	8.08 [4.46,14.2]
Rosso	62	4	5.08 [1.78,13.7]
Ensemble	255	28	18.2[10.3,30]

Tableau V. 50: Facteurs associés au VIH chez les PS

Facteurs	N	Rapport de cote (RC) (pondérée)	p.valeur
1. Age (Q101)			
15-24	4	1	
25 ans et plus	24	5.6	0.05(0.96-33.4)
6. A eu un/des ulcères génitaux au cours des 12 derniers mois (Q505)			
Oui	10	0.39	0.16(0.11-1.43)

Tableau V. 51: Prévalence de la syphilis selon les sites d'enquête

Ville	Nombre ayant fait le test (N) ou testées pour la syphilis	Nombre testé positive (n) ou qui reçoivent un résultat positif au test de dépistage de la syphilis	Prévalence pondérée syphilis (%) IC 95%
Nouakchott	53	3	7.77[2.13,24.6]
Nouadhibou	140	1	0.831[0.115,5.74]
Rosso	62	0	
Ensemble	255	4	5.89 [1.64,19]

Tableau V. 52: Prévalence de l'hépatite B selon le site d'enquête

Ville	Nombre ayant fait le test (N)	Nombre testé positive (n)	Prévalence pondérée VHB (%) IC 95%
Nouakchott	53	7	10.7[3.7,27]
Nouadhibou	140	4	4.87 [2.27,10.1]
Rosso	62	0	
Ensemble	255	11	8.37 [3.06,20.9]

Tableau V. 53: Prévalence de la coinfection VIH et de l'hépatite B selon le site d'enquête

Ville	Nombre ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH et de l'hépatite B et/ou C (N)	Nombre testé positive à la fois au VIH et VHB (n)	Prévalence pondérée (%) IC 95%
Nouadhibou	140	0	
Nouakchott	53	1	3.61 [0.499,21.9]
Rosso	62	0	
Ensemble	255	1	2.71[0.375,17.1]

Tableau V. 54: Evolution de la prévalence du VIH chez les PS en Mauritanie

VIH 2019	Rosso N = 207		Nouakchott N = 202		Nouadhibou N = 207		Total N=616	
	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)
	2	1.7 (0.0, 2.5)	23	10.3 (5.3, 15.3)	6	2.9 (0.1, 5.6)	31	9 (7.4, 10.7)
VIH 2024	Rosso N = 62		Nouakchott N = 53		Nouadhibou N = 140		Total N=255	
	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)
	4	5,08 (1,78 ;13,7)	12	22,2 (11,9 ; 37,7)	12	8,08 (4,46,14,2)	28	18.2 (10,3 ;30)

Tableau V. 55: Evolution de la prévalence de la syphilis chez les PS en Mauritanie

Syphilis 2019	Rosso N = 207		Nouakchott N = 202		Nouadhibou N = 207		Total N=616	
	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)
	1	0.6 (0.0, 1.3)	0	--	1	0.5 (0.0, 1.2)	2	0.5 (0.0, 1.5)
Syphilis 2024	Rosso N = 95		Nouakchott N = 243		Nouadhibou N = 128		Total N=466	
	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)	n	%, (95% ICs)	N	%, (95% ICs)
	0	--	3	7,77% (2,13 ; 24,6)	1	0,83% (0,11 ; 5,74)	4	5,89% (1,64 ; 19)

1.4. ANNEXE 4

Tableau VI. 29: Prévalence du VIH selon le site d'enquête

Ville	Nombre ayant fait le test (N) ou qui ont subi un test de dépistage du VIH	Nombre testé positif ou qui reçoivent un résultat positif au test du VIH	Prévalence pondérée du VIH (%) IC 95% (n/N)
Aleg	50	3	6 (1.939-17.085)
Dar Naim	100	2	2(0.498-7.683)
Nouadhibou	100	0	--
Nbeyka	50	0	--
Ensemble	300	5	1.67(0.693-3.954)

Tableau VI. 30: Facteurs associés au VIH chez les détenus

Facteurs	N	Rapport de cote (RC) (pondérée)	p.valeur
1. Age (Q101)			
15-24	2	1	
25 ans et plus	3	0.54(0.090-3.344)	0.515

Tableau VI. 31: Prévalence de la syphilis selon les sites d'enquête

Ville	Nombre ayant fait le test (N) ou testés pour la syphilis	Nombre testé positif (n) ou qui reçoivent un Résultat positif au test de dépistage de la syphilis	Prévalence pondérée syphilis (%) IC 95%
Aleg	50	4	8(3.023-19.521)
Dar Naim	100	2	2(0.498-7.683)
Nouadhibou	100	0	--
Nbeyka	50	2	4(0.997-14.706)
Ensemble	300	8	2.67(1.335-5.255)

Tableau VI. 32: Prévalence de l'hépatite B selon le site d'enquête

Ville	Nombre ayant fait le test (N)	Nombre testé positif (n)	Prévalence pondérée VHB (%) IC 95%
Aleg	50	0	--
Dar Naim	100	16	16(10.020-24.575)
Nouadhibou	100	0	--
Nbeyka	50	0	--
Ensemble	300	16	5.33(3.286-8.543)