



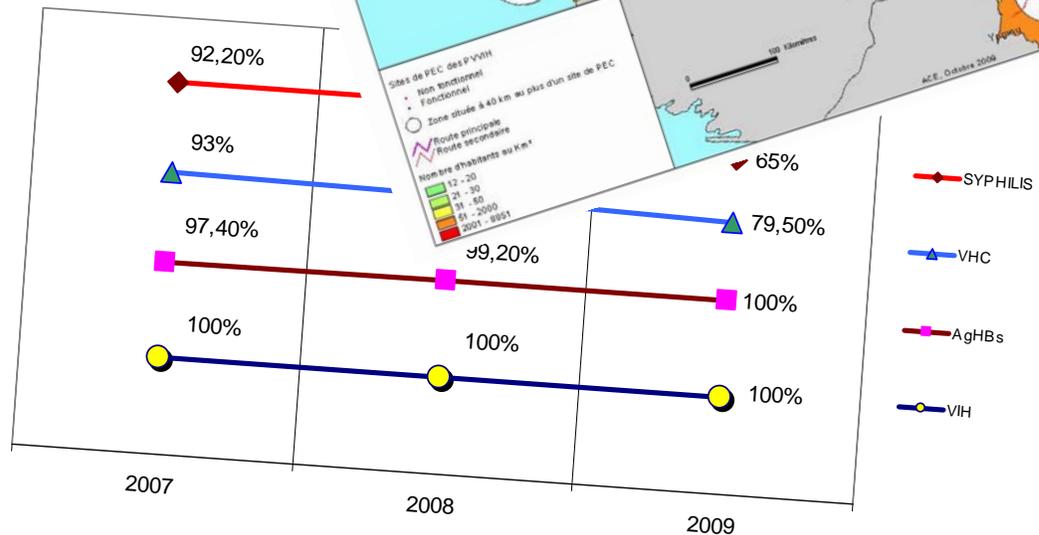
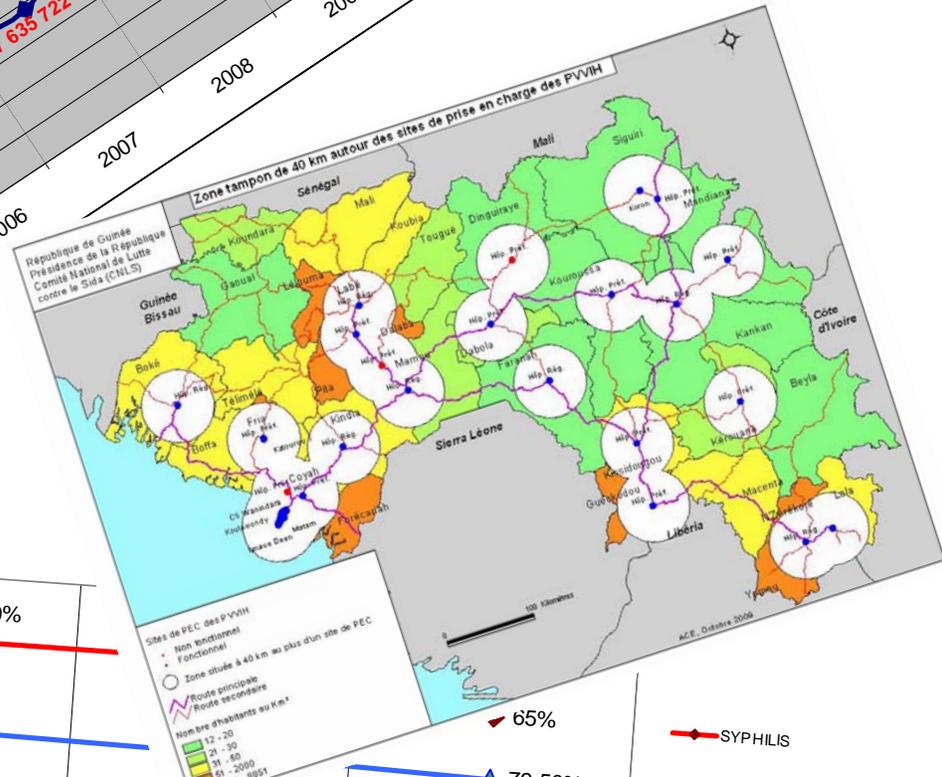
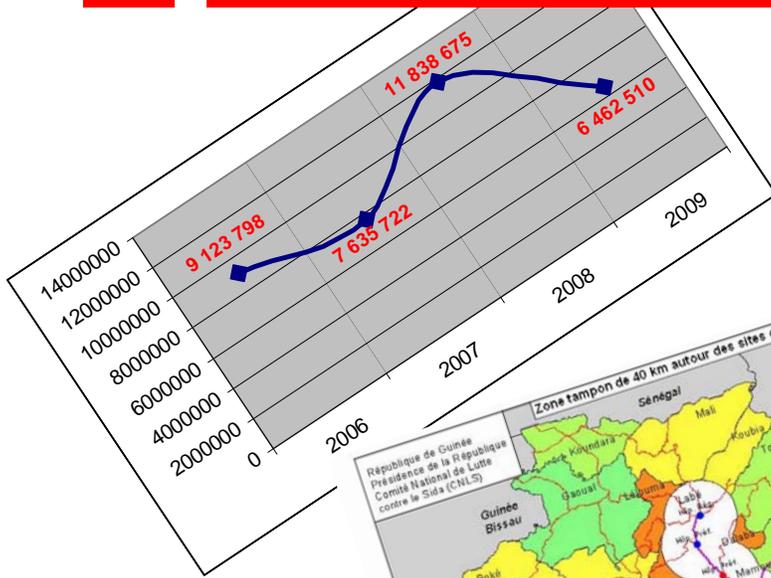
République de Guinée



Secrétariat Exécutif du CNLS

Rapport UNGASS 2010

Guinée



Rapport UNGASS 2010

Mars 2010

REMERCIEMENTS

Nos vifs remerciements vont à toutes les personnes et les organisations qui ont contribué à la compilation et validation du présent rapport, et nous exprimons notre profonde gratitude à l'ONUSIDA pour son appui technique et financier.

Médecin Commandant Rémy LAMAH
Secrétaire Exécutif
Comité National de Lutte contre le Sida

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX, CARTES, GRAPHIQUES.....	6
ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION	11
I CONTEXTE SOCIO-ECOMOMIQUE	12
1.1 Caractéristiques géographiques et socio-économiques.....	12
1.2 Système de santé et autres services sociaux de base.....	14
II APERÇU DE LA SITUATION	18
2.1 Degré de participation des parties prenantes au processus d'élaboration du rapport UNGASS.....	18
2.2 Situation actuelle de l'épidémie	19
2.3 Riposte au plan politique et programmatique	20
2.4 Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS 2010.....	21
III APERÇU DE L'EPIDEMIE DE SIDA	26
3.1 La surveillance épidémiologique du sida en Guinée	26
3.2 Situation de l'épidémie dans la population générale.....	26
3.3 Situation de l'épidémie dans les populations les plus à risque	29
IV RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA	32
4.1 Engagement national.....	32
4.1.1 Contexte socio-politique.....	32
4.1.2 Financement de la riposte.....	32
4.1.3 Engagement politique	36
4.2 Principales réalisations.....	39
4.3 Surveillance épidémiologique	63
4.4 Etudes et recherches :	64
V MEILLEURES PRATIQUES.....	64
VI PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES.....	67
VII SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	70
VIII SUIVI ET EVALUATION	70
IX REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	72

LISTE DES TABLEAUX, CARTES ET GRAPHIQUES

#	TABLEAUX	Page
1	Indicateurs sanitaires	15
2	Organisation de la pyramide sanitaire	16
3	Indicateurs « genre et réfugiés »	16
4	Estimation des populations nécessitant des offres de services de prévention, traitement, soins et soutien en matière de VIH de 2008 et 2009	20
5	Récapitulatif des indicateurs à l'intention du rapport UNGASS 2010	22
6	Quelques données pour 2009 (OMS/ONUSIDA)	26
7	Séroprévalence du VIH dans la population générale en 2005	27
8	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque par catégorie	30
9	Pourcentage de personnes séropositives parmi les PS par groupe d'âge	30
10	Pourcentage de personnes séropositives parmi les PS selon la durée dans le métier	31
11	Pourcentage de personnes séropositives parmi les routiers par groupe d'âge	31
12	Affectation des montants par catégories de dépenses	32
13	Synthèse de l'indice composite des politiques nationales 2010	37
14	Pourcentage des écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH	40
15	Pourcentage des jeunes selon leur connaissance sur la prévention du sida	41
16	Pourcentage de personnes âgées de 15-24 ans ayant répondu correctement aux cinq questions	42
17	Pourcentage des populations à plus de risque ayant répondu correctement aux cinq questions	42
18	Evolution des résultats sur les rapports sexuels avant 15 ans chez les jeunes de 15 à 24 ans dans la zone PSS/GTZ lors des enquêtes CAP de 2007, 2008 et 2009	43
19	Pourcentage par genre et par âge des jeunes de 15 à 24 ans ayant des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans	44
20	Pourcentage de PS déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	47
21	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat	48
22	Pourcentage des PL ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat par groupe d'âges	49
23	Pourcentage parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat par catégorie	49
24	Pourcentage des PS ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat par groupe d'âges	49
25	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	52
26	Résultats PTME de 2006 à 2009	53
27	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	54
28	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous ARV en décembre 2009	56
29	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	58
30	Nombre de jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	58
31	Nombre de femmes infectées par le VIH dans les sites sentinelles	59
32	Distribution des séro-types de VIH selon les enquêtes de surveillance sentinelle de 2004 et de 2008	61

#	GRAPHIQUES	Page
1	Prévalence du VIH par groupe d'âge et par sexe	27
2	Prévalence du VIH par milieu de résidence	28
3	Répartition des dépenses par catégories de 2007 à 2009	33
4	Evolution de dépenses de la prévention et des soins/soutien	33
5	Evolution de financements selon les sources de 2007 à 2009	34
6	Répartition des dépenses par sources de financement en 2007	35
7	Répartition des dépenses par sources de financement en 2008	35
8	Répartition des dépenses par sources de financement en 2009	36
9	Comparaison des ICP de UNGASS 2008 et UNGASS 2010	38
10	Tendance de l'évolution de la distribution des préservatifs masculins 2007 à 2009 en Guinée (en milliers)	45
11	Evolution du nombre de préservatifs distribués par le programme de marketing social de PSI de 2006 à 2009	46
12	Evolution du nombre de sites CDV fonctionnels de 2005 à 2009 en Guinée	47
13	Evolution du pourcentage des populations les plus à risque que les programmes de prévention parviennent à atteindre	50
14	Evolution du nombre de SA	51
15	Evolution du nombre de PS fréquentant 13 SA	51
16	Evolution de l'indicateur UNGASS entre 2007 et 2009	52
17	Evolution des proportions de dons de sang testés selon les qualités requises	52
18	Evolution du pourcentage des femmes dépistées VIH+ et mises sous ARV	54
19	Répartition des sites PTME par région administrative en 2009	54
20	Evolution de la couverture en ARV	56
21	Prévalence du VIH dans les centres de santé ruraux en 2004 et 2008	59
22	Prévalence du VIH dans les centres de santé urbains en 2004 et 2008	60

#	CARTES	Page
1	Les 4 régions naturelles de la République de Guinée	13
2	Prévalence du VIH par région administrative	28
3	Carte des sites CDV en 2009 sur l'ensemble du territoire national en Guinée	48
4	Sites de prise en charge	57
5	Evolution de la prévalence du VIH par région administrative en 2004 et 2008	60

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AEDES	: Accident d'Exposition aux Dérivés Sanguins
ARV	: Anti-Rétroviraux
BM	: Banque Mondiale
BND	: Budget National de Développement
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCM	: Country Coordinating Mechanism (Mécanisme National de Coordination de la Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme)
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaires
CECOJE	: Centre d'Ecoute et de Conseil d'Orientation des Jeunes et Adolescents
CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CRIS	: Country Response Information System (Système d'information sur les réponses nationales)
CSN	: Cadre Stratégique National
DREAM	: Drug Resource Enhancement Against AIDS and Malnutrition
EIBC	: Enquête Intégrale Budget-Consommation
ESCOMB	: Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique
EDSG	: Enquête Démographique et de Santé de Guinée
ESSIDAGUI	: Enquête de Séroprévalence SIDA en Guinée
FELICA	: Fondation Elizabeth Cathy
FM	: Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose
GTZ	: Coopération Allemande
HU	: hommes en uniformes
IDH	: Indicateur de Développement Humain
IEC	: Information, Education et Communication
IO	: Infections Opportunistes
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MASPF	: Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance
KPMG	: Klynveld Peat Marwick Goerdeler (accounting firm)
MEFP	: Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
MENRS	: Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique
MSF	: Médecin Sans Frontières
MI	: Miniers
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

NASA	: National AIDS Spending Assessment (Ressources et dépenses de lutte contre le SIDA)
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OIM	: Organisation Internationale pour la Migration
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le Sida
OSC	: Organisation de la Société Civile
OUA	: Organisation de l'Unité Africaine
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PC	: pêcheurs
PEC	: Prise En Charge
PIB	: Produit Intérieur Brut
PL	: Policiers
PMS	: Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNB	: Produit National Brut
PNLAT	: Programme National de Lutte Anti Tuberculose
PNPCSP	: Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/ Sida
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PS	: Professionnelles du Sexe
PSI	: Population Services International
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RPR	: Rapid Plasma Reagin
RT	: Routiers
SA	: Service adapté
SBC	: Service à Base Communautaire
SE/SNLS	: Secrétariat Exécutif du CNLS
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNIGS	: Système National d'Information et Gestion Sanitaires
TAR	: Traitement Anti-Rétroviral
TB	: Tuberculose
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	: United Nations General Assembly Special Session on AIDS (Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida)
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID : United States Agency International Development
USRE : Unité Suivi Recherche Evaluation du SE/CNLS
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Notant avec une profonde préoccupation l'ampleur et l'incidence de l'épidémie mondiale de sida, les Chefs d'Etats et de Gouvernements de 189 pays membres des Nations Unies ont adopté en juin 2001 la Déclaration d'Engagement sur le sida lors d'une session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies. L'objectif était de renforcer la coordination et l'intensification des efforts déployés au niveau national, régional et international pour lutter contre cette pandémie sur tous les fronts.

Cette Déclaration réaffirme que la propagation du VIH est un sérieux obstacle à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cela nécessite de ce fait des actions urgentes, concertées et soutenues au niveau national (développement de stratégies multisectorielles et décentralisées), sous régional (appui aux initiatives sous régionales et régionales) et mondial (favoriser une coopération plus étroite entre les organismes des Nations Unies et les organisations internationales participant à la riposte à l'épidémie de VIH).

Pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements convenus et permettre la publication d'un rapport d'activité annuel par le Secrétaire Général des Nations Unies, une série d'indicateurs de base a été élaborée. Les rapports ainsi produits par les pays membres permettent de rendre compte des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la réponse à l'épidémie, d'identifier les problèmes et obstacles rencontrés et de proposer des actions correctives, de manière à accélérer la réalisation des objectifs de la déclaration.

L'unité de suivi et d'évaluation de l'ONUSIDA a établi des définitions claires pour chaque indicateur et des mécanismes de collecte régulière des informations pour améliorer la qualité des données collectées.

Dans le présent rapport UNGASS couvrant la période allant de janvier 2008 à décembre 2009, la Guinée a renseigné 19 indicateurs sur les 25 requis pour les pays à épidémie généralisée. Il faut préciser que pour les indicateurs 8, 12, 14 et 19, par faute d'enquêtes effectuées, les données ne sont pas disponibles. Les indicateurs 20 et 21 portant sur les utilisateurs de drogues injectables ont été jugés non pertinents pour le pays.

Ce rapport a été élaboré sous l'égide du Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le sida, avec l'appui du Bureau de l'ONUSIDA en Guinée. Ce rapport national, le quatrième de son genre, est le résultat d'un processus largement participatif et il s'articule autour des points suivants :

- Contexte socioéconomique
- Aperçu de la situation
- Aperçu de l'épidémie de sida
- Riposte nationale à l'épidémie de sida
- Meilleures pratiques
- Principaux obstacles et mesures correctives
- Soutien des partenaires au développement
- Suivi et évaluation

I - CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

- **Pays** : République de Guinée
- **Localisation géographique** : Afrique de l'Ouest
- **Pays limitrophes** : Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Sénégal et Sierra Leone
- **Superficie** : 245 857 km²**
- **Population** : 9 910 317 (estimation 2008) **
Population urbaine : 28% (estimation 2008) **
- **Population de moins de 15 ans** : 40,31% (estimation 2008) **
- **Densité** : 41,42 hab. /km² (estimation 2008) **
- **Taux d'accroissement annuel moyen de la population** : 3,1% **
- **Espérance de vie à la naissance** : 57,3 ans*
- **Taux d'alphabétisme des adultes de 15 ans et plus** : 29,5%*
- **Taux d'alphabétisme des jeunes de 15 - 24 ans** : 46,6% *
- **Produit Intérieur Brut (PIB) en milliards de US\$** : 4,6 *
- **PIB par habitant en US\$** : 556*
- **Indicateur de Développement Humain (IDH)** : 0,456*
- **Classement sur la base de l'IDH** : 170ème sur 182 pays*
- **Indicateur Sexo-spécifique de Développement Humain (ISDH)** : 0,425 *
- **Classement sur la base de l'ISDH** : 143ème sur 155 pays*

Source : * PNUD Rapport mondial sur le développement humain 2009; **Ministère du Plan et de la Coopération (MPC)-Guinée : Institut National de la Statistique, septembre 2009 (www.stat-guinee.org/index.htm)

🚧 1.1 - Caractéristiques géographiques et socio-économiques

La République de Guinée se trouve sur la côte atlantique de l'Afrique de l'Ouest entre les 7° et 12° de latitude nord et les 8° et 15° de longitude ouest. Elle est limitée par la Côte d'Ivoire (610 km), la Guinée Bissau (386 km), le Libéria (583 km), le Mali (858 km), le Sénégal (330 km), la Sierra Leone (652 km) et l'Océan Atlantique (320 km).

Sur le plan géographique, la Guinée est divisée en quatre régions naturelles bien individualisées sur le double plan physique et humain : (1) la *Basse Guinée* ou *Guinée Maritime* est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations qui varient entre 3.000 et 4.000 mm par an ; (2) la *Moyenne Guinée* ou *Foutah Djallon* est une région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuels qui varient entre 1.500 et 2.000 mm ; (3) la *Haute Guinée* est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays et où le niveau des précipitations varie entre 1.000 et 1.500 mm par an ; (4) la *Guinée Forestière* est un ensemble de massifs montagneux qui couvrent 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2.000 et 3.000 mm.

Sur le plan administratif, la Guinée est composée de 8 régions administratives, y compris la ville de Conakry. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines (CU) dont 5 à Conakry, 303 communautés rurales de développement (CRD) et 1.615 districts ruraux.

Selon l'Institut National de la statistique, la Guinée compte une population totale de 9.910.317 habitants en 2008. Environ 72% d'entre eux vivent en milieu rural. Les femmes représentent plus de 51% de la population totale. Environ 47% de cette population féminine

sont en âge de procréer. Le taux d'accroissement annuel moyen de la population est de 3,1%.

L'indice synthétique de fécondité (ISF) estimé est passé de 5,8 (recensement général de la population et de l'habitation en 1983) à 5,7 (EDSGIII 2005). Selon le Rapport mondial sur le développement humain 2009, la population totale guinéenne serait de 13,5 millions en 2020.

Carte 1 : Les 4 régions naturelles de la République de Guinée



Quant à la migration, on note un important mouvement de populations entre la Guinée et tous les pays voisins, plus particulièrement le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la Sierra Léone et le Libéria. Le Rapport mondial sur le développement humain 2009 indique que le pays a un taux d'émigration de 6,3% et l'Afrique est la destination principale avec 90,3% des émigrants, et qu'il y a 401 200 migrants représentant 4,4% de la population totale.

Sur le plan économique, la Guinée est un pays naturellement riche. L'économie du pays est basée sur d'importantes potentialités agricoles, halieutiques et minières (bauxite, fer, diamant, or). Un grand producteur mondial de bauxite, la Guinée contrôle 40% du commerce mondial. Le secteur des mines et de l'exploitation des ressources contribue pour plus de 30 % au PIB (2004). En raison des difficultés enregistrées en 2007, la part du secteur dans les recettes intérieures de l'Etat a baissé pour se situer à 23,1% contre 28% en 2006¹. Ces ressources en général devraient constituer des atouts majeurs pour un développement économique et social. Malgré ces atouts, la Guinée demeure toujours parmi les pays à faible développement humain. Selon le Rapport mondial sur le développement humain 2009, la Guinée se classe 170ème sur 182 pays avec un PIB par habitant de 556 US\$².

Selon les estimations de l'EIBC (Enquête Intégrale Budget-Consommation, 2006), 53,4% de la population vit au dessous du seuil de pauvreté et celle-ci reste très marquée chez les femmes. Selon le Rapport mondial sur le développement humain 2009, la proportion de

¹ MPC : Direction nationale du plan, division études et stratégies macro-économiques : cadrage macro-économique (mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté), novembre 2008
² PNUD : Rapport mondial sur le développement humain 2009

population vivant sous le seuil de pauvreté est de 70,1% avec 1,25 US\$/jour. Cette proportion est plus importante pour celle vivant sous le seuil de pauvreté avec 2 US\$/jour soit 87,2%.

Entre 2003 et 2006, le taux de croissance annuel moyen du PIB s'est établi à environ 2,45%, contre 4,0% au cours de la décennie 90. L'inflation a atteint son plus haut niveau depuis plus d'une décennie (39,1% en 2006 en glissement annuel et s'est établi successivement à 13,5% en décembre 2008 et à 6,7% en février 2009)³, contribuant de facto à une nette détérioration du pouvoir d'achat des populations.

1.2 - Système de santé et autres services sociaux de base

La population guinéenne est caractérisée par sa jeunesse avec 41,5% des personnes âgées de moins de 15 ans et un taux brut de natalité estimé à 38,4 pour 1000. Selon les estimations du Rapport mondial sur le développement humain 2009, l'espérance de vie à la naissance est de 57,3 ans et la probabilité de décéder avant l'âge de 40 ans est de 23,7%.

D'après les données de l'Enquête Démographique et de Santé de Guinée (EDSGIII 2005), seulement 16,1% des femmes ayant un âge \geq 15 ans sont alphabétisées contre 44,1% des hommes de la même tranche d'âge. Le taux d'alphabétisation des adultes (15 ans et plus) est de 29,5% selon le Rapport mondial sur le développement humain 2009.

En matière de politique de santé, la Guinée a proclamé son adhésion :

- aux idéaux et principes, aux droits et devoirs établis dans la Charte de l'Organisation des Nations Unies ;
- à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et des Peuples ;
- à la Charte de développement sanitaire en Afrique (Lusaka, 1985) ;
- à l'initiative de Bamako (1987) ;
- à la Déclaration de Bamako (Vision 2010) relative à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (mai 2001) ;
- à la feuille de route pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement en rapport avec la santé de la mère et du nouveau-né en Afrique⁴.

Pour la mise en œuvre de cette politique, le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) a formulé un plan décennal de développement sanitaire qui a pour objectif général de contribuer au développement socio-économique global du pays par l'amélioration de l'état de santé de la population. Il s'agit notamment de mettre en place à l'horizon 2010, un système de santé accessible, équitable et capable de répondre aux besoins de santé de la population et de contribuer à la réduction de la pauvreté.

Pour y parvenir, les stratégies suivantes ont été retenues dans le plan stratégique de développement sanitaire 2003-2012 : i) la lutte intégrée contre la maladie et la mortalité, ii) le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion, iii) l'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services, iv) le développement des ressources humaines, et v) la promotion de la santé⁵.

La plupart des indicateurs sociodémographiques et sanitaires de la Guinée sont parmi les plus préoccupants de la sous région ouest africaine. En effet, selon l'EDSGIII 2005, la prévalence contraceptive reste encore basse (9%), le taux brut de natalité est de 38,4 pour 1000 personnes, la proportion des accouchements assistés est estimée à 38% et l'indice de fécondité se chiffre à 5,7 enfants par femme. Le statut nutritionnel des femmes et des enfants

³ Ministère du plan et de la promotion du secteur privé, institut national de la statistique (<http://www.stat-guinee.org/index.htm>)

⁴ MSHP : Annuaire des statistiques sanitaires 2006

⁵ MSHP, Plan stratégique de développement sanitaire 2003 - 2012

apparaît comme étant critique surtout chez les mères qui n'ont aucun niveau d'instruction. D'après le Rapport mondial sur le développement humain 2009, la proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans en insuffisance pondérale par rapport à leur âge est de 26%.

Tableau 1 : Indicateurs sanitaires

Espérance de vie à la naissance	57,3 ans*
Taux de mortalité infantile (EDSGIII 2005)	91‰
Taux de mortalité des enfants < 5 ans (EDSGIII 2005)	163‰
Taux de mortalité maternelle (EDSGIII 2005)	980/100.000 naissances vivantes
Ratio médecin/population (2000 - 2004)	11 médecins/100.000 habitants**
Prévalence de la Tuberculose (2005)	431/100.000 **
Dépenses sanitaires (% PIB), 2006 (DSRP 2007)	0,4%
Dépenses sanitaires (% BND), 2006 (DSRP 2007)	6%

Source : * Rapport mondial sur le développement humain 2009

** Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008

La couverture vaccinale, selon les carnets de vaccination ou la déclaration des mères, indique que seuls 37% des enfants ont été complètement vaccinés. D'après le Rapport mondial sur le développement humain 2009, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour les mères n'ayant aucun niveau d'instruction est de 194 pour mille naissances vivantes et de 92 pour mille naissances vivantes pour les mères ayant un niveau d'instruction secondaire et supérieur.

La Guinée dispose d'un plan national de développement sanitaire (PNDS), d'une politique nationale de santé et d'une politique nationale de transfusion sanguine. Le système de soins de santé guinéen est composé de sous secteurs public et privé⁴. Le sous secteur public est organisé de façon pyramidale à 3 niveaux comme l'indique le tableau 2. Le sous secteur privé est divisé en deux structures : les structures médicales et les structures pharmaceutiques.

En plus de ces organes de prise de décision, d'orientation et de production de soins, le MSHP s'est doté des instances de coordination pour chaque niveau de la pyramide sanitaire : le Comité Technique de Coordination (CTC) au niveau central, le Comité Technique Régional de Santé (CTRS) au niveau intermédiaire et le Comité Technique Préfectoral de Santé (CTPS) au niveau périphérique.

Dans la typologie⁶ du sous secteur médical, on distingue les cabinets de soins infirmiers ou de sages femmes, les cabinets de consultations médicales et les cliniques. On compte 271 cabinets de soins et de consultations, 22 centres médicaux chirurgicaux, 10 polycliniques, 23 cabinets dentaires et 222 cabinets de sages femmes sur l'ensemble du territoire.

Les structures pharmaceutiques et biomédicales sont composées des points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes et des laboratoires d'analyses biomédicales. Il y a 230 officines, 40 points de vente et 10 laboratoires repartis dans le pays⁴.

Concernant les ressources humaines, MSHP utiliserait au total 6.679 personnes réparties en personnel soignant (82,2 %) et personnel de soutien (17,8%). De l'effectif global, 52,1% sont des femmes et 47,9 % des hommes. Cette répartition est différente d'une région à l'autre, d'une préfecture à l'autre et d'une profession à l'autre. Les entités régionales de Conakry et

⁶ MSHP : Annuaire Statistique de Santé 2005

de Kindia enregistrent le ratio femmes/ hommes le plus élevé à savoir 2,54 et 1,36 respectivement.

Tableau 2 : Organisation de la pyramide sanitaire³

Niveau	Structures administratives	Structures de soins	Nombre
National (Central)	Directions Nationales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Services d'appui ▪ Services rattachés ▪ Etablissement public 	Hôpitaux Nationaux (HN)	2
Régional (Intermédiaire)	Directions Régionales de la Santé (DRS)	Hôpitaux Régionaux (HR)	7
Préfectoral (Périphérique)	Direction Préfectorale de la Santé (DPS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôpitaux Préfectoraux (HP) ▪ Centres médico communaux ▪ Centres de Santé (CS) ▪ Poste de santé 	26 9 400 628

Source : MSHP, annuaire statistique 2007

L'analyse des pyramides des âges et de l'ancienneté montre que dans les 7 prochaines années près de 25 % de l'effectif seront partis à la retraite. Ces départs concernent surtout les techniciens de santé publique (73 %), les sages Femmes (52.1 %), les techniciens de radiologie (50 %) et les techniciens de laboratoire et les préparateurs en pharmacie. Ces catégories, déjà en sous-effectif aujourd'hui, seront les plus rares dans un avenir proche si les mesures de renouvellement et de renforcement de ce type de personnel ne sont pas prises pour corriger cette situation⁵.

Dans les domaines pharmaceutique et médical, on remarque le développement rapide et incontrôlé du secteur informel illicite entraînant un risque réel et élevé pour la santé de la population.

Tableau 3 : Indicateurs « genre et réfugiés »

Espérance de vie à la naissance des femmes (2007)	59,3 ans *
Espérance de vie à la naissance des hommes (2007)	55,3 ans*
Taux d'alphabétisme des femmes ≥ 15 ans (EDSGIII 2005)	16,1%
Taux d'alphabétisme des hommes ≥ 15 ans (EDSGIII 2005)	44,1%
Nombre de réfugiés (HCR)	13.142 (dont 9109 sont cantonnés sur le terrain et 4033 sont en milieu urbain)

Source: *Rapport mondial sur le développement humain 2009 ; EDSGIII 2005; HCR (novembre 2009)

Il faut noter que la part du budget de l'Etat alloué au fonctionnement du MSHP est en baisse depuis 1997 ; de plus, le taux de décaissement est faible rendant ainsi aléatoire le fonctionnement adéquat des structures de santé.

En 2007, la part des secteurs de la Santé Publique et des Affaires Sociales (considérés comme prioritaires) dans le budget national de développement (BND) était de 1,5% contre 4,2% en 2006². Au titre de l'année budgétaire 2006, l'ensemble des hôpitaux publics du pays ont reçu une subvention de 11.868.104.605 franc guinéens soit près de USD 1.825.862. Ce montant représente les salaires du personnel (43%), les dépenses médicales (32%) et les autres dépenses de fonctionnement (27%)³. Selon le rapport mondial sur le développement humain 2009, les dépenses publiques de santé en 2006 représentaient 4,7% du total des dépenses publiques du pays.

II - APERÇU DE LA SITUATION

2.1 - Degré de participation des parties prenantes au processus d'élaboration du rapport UNGASS

La Guinée présente dans ce document son 4^{ème} rapport de situation à l'intention de l'UNGASS⁷ après ceux de 2004, 2006 et 2008. Comme le précédent, l'élaboration du présent rapport UNGASS 2010 a été réalisée dans le cadre de la collaboration entre les différentes parties prenantes que sont le secteur public (secteur santé et secteur non santé), les organisations de la société civile, le secteur privé, les partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux) et les ONG internationales de la riposte à l'épidémie de sida, sous la coordination du SE/CNLS et l'appui technique et financier de l'ONUSIDA.

Sa préparation a démarré par la constitution d'une équipe technique restreinte de 12 membres issue de la Commission Technique de Travail en Suivi et Evaluation de la composante VIH, qui fonctionne selon des termes de référence élaborés à cet effet. Cette équipe a eu la responsabilité de:

- définir les termes de référence (TDR) et l'agenda de la rédaction conformément aux "Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base pour l'établissement des rapports UNGASS 2010" publié par l'ONUSIDA;
- définir les TDR des services de consultance requis pour la collecte des données, le calcul des indicateurs et la rédaction du rapport ;
- appuyer l'organisation des ateliers de consensus (lancement) et de validation nationale du rapport de situation à l'intention de l'UNGASS 2010.

La Commission Technique de Travail en Suivi et Evaluation a été mise à contribution pour la validation du rapport final.

Un atelier de lancement du processus d'élaboration du rapport national UNGASS 2010 organisé le 18 décembre 2009 a connu la participation de l'ensemble des membres de l'équipe technique restreinte de travail et de 26 personnes provenant de plusieurs secteurs d'activités dont les représentants des départements ministériels, de la société civile, des associations des PVVIH, des partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux), et des ONG nationales et internationales.

L'objectif de l'atelier était d'harmoniser les points de vue sur la démarche et les résultats attendus. Au cours de cet atelier, les points suivants ont été présentés et discutés : i) les directives et les étapes essentielles pour l'établissement du rapport national UNGASS 2010; ii) les 25 indicateurs devant figurer dans le rapport final ; iii) l'outil de soumission du rapport en ligne; iv) le besoin en ressources humaines (consultants et personnel technique d'appui), matérielles/informationnelles (supports et sources éventuelles d'informations requises) et financières ; v) et le processus de collecte, de saisie, d'analyse des données et de soumission du rapport.

La commission a procédé au recrutement d'un consultant principal, chargé de la rédaction du rapport et la coordination des directives de collecte des données en collaboration avec deux consultants dont un chargé du volet dépenses liées au VIH et le second chargé de l'enquête ICPN et autres apports.

⁷ Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA

Pour les dépenses liées au VIH de 2007 à 2009, la méthode de récolte des données financières a consisté à l'établissement des fiches d'enquêtes. Les questionnaires sont discrets, laissant la possibilité aux responsables de structures approchées de définir leur domaine d'intervention et les activités menées sur le terrain. Ces activités sont menées soit directement par l'institution elle-même, soit par les structures publiques (Ministères) qui reçoivent des subventions, soit par les ONG locales. L'enquête a porté sur les montants effectivement décaissés et utilisés dans le cadre de la riposte nationale. Cela a pour intérêt d'éviter le gonflement artificiel des efforts déployés. Quant à l'ICPN, les données ont été recueillies soit par la méthode d'interview des points focaux sida, des prestataires de soins, des responsables administratifs et financiers, des chargés de suivi/évaluation ou de programme des institutions publiques et non publiques, soit par consultation de leurs archives. Au total 26 répondants (partie A) des institutions publiques dont 15 sont issues des directions, divisions, programmes et services rattachées au ministère de la santé et de l'hygiène publique et 25 répondants (partie B) des organisations de la société civile, organismes bilatéraux et organisations du système des Nations Unies. Il faut noter qu'à la suite de la collecte des données et de la rédaction des rapports relatifs aux deux premiers indicateurs, à savoir les dépenses intérieures et internationales 2007, 2008 et 2009 pour la lutte contre le sida par catégories et par sources de financement (indicateur1) et l'indice composite des politiques nationales (indicateur 2), des validations par des parties prenantes ont été faites avant la validation nationale du rapport complet par tous les acteurs.

Le présent rapport est donc le résultat d'un processus largement participatif, associant des représentants de toutes les parties prenantes à la riposte nationale face à l'épidémie de sida.

2.2 - Situation actuelle de l'épidémie

L'épidémie de VIH en Guinée est de type généralisé, soit une séroprévalence de 1,5% au sein de la population générale (Enquête Démographique et de Santé qui a pris en compte le VIH : EDSGIII 2005). Selon les estimations et projections (Spectrum) de 2009 basées sur les hypothèses en terme de riposte et des résultats de différentes enquêtes de surveillance menées au sein de la population en Guinée, la séroprévalence resterait stable durant la décennie allant de 2005 à 2015. Les moyennes respectives sont de 1,46% (2005), 1,50% (2009) et 1,47% (2015). En outre, les séroprévalences du VIH chez les femmes enceintes reçue en CPN étaient de 2,8% en 2004 et de 2,5% en 2008. Elles sont certes plus élevées que celle de la population générale, mais semblent montrer également une certaine stabilité de l'épidémie (ENSS 2004 et ENSS 2008). Cependant, les tendances des résultats des enquêtes de surveillance comportementales et biologiques (ESCOMB) chez les populations les plus à risques montrent une baisse de la séroprévalence chez certains groupes, notamment les PS (42% en 2001 contre 34% en 2007 et 33% en 2009), les routiers (7,3% en 2001 contre 5,5% en 2007 et 6% en 2009) et une relative stabilité chez d'autres notamment les hommes en uniformes (6,6% en 2001 ; et 6,5% en 2007) et les miniers (4,7% en 2001 et 5,2% en 2007) [(ESSIDAGUI 2001, ESCOMB 2007 et SSG Corridor Boké 2009)].

En 2008 et 2009, suivant la prévalence (1,5%) de VIH au sein de la population générale et celles des femmes enceintes, les projections et estimations du Spectrum montrent les données ci-dessous.

Tableau 4 : Estimation des populations nécessitant des offres de services de prévention, traitement, soins et soutien en matière de VIH de 2008 et 2009

indicateur	2008			2009		
	Adultes >14 ans	Enfants < 15 ans	% femmes	Adultes >14 ans	Enfants < 15 ans	% femmes
Nouveaux cas	5.965	1.818	54,7%	5.875	1.214	55,2%
Nombre de personnes VIH+	73.510	6.551	57,3%	76.137	7.376	57,2%
Nombre de décès liés au sida	2.695	1.020	53,4%	2.779	168	55,1%

2.3 - Riposte au plan politique et programmatique

Au plan politique, il existe depuis mars 2002 un organe national unique de coordination politique, d'orientation et de décision qui est le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS).

Rattaché à la primature depuis sa création, le CNLS pour marquer davantage la détermination des autorités à soutenir les efforts dans la riposte au VIH a été en Février 2009 placés sous l'autorité du Président de la république qui en assure la présidence.

Cette position conforte la décision du Gouvernement guinéen de considérer le sida, non pas seulement comme un problème majeur de santé publique, mais encore et surtout comme une problématique de développement et une question de survie nationale. Cette tutelle de la Présidence de la république est de nature à faciliter le leadership et la coordination de toutes les parties prenantes que sont le secteur public ou gouvernemental (les ministères), le secteur privé, les organisations de la société civile y compris les ONG, et les partenaires au développement de la Guinée, à travers une autorité nationale unique. C'est par ailleurs une exigence de la multisectorialité et de la décentralisation, deux options stratégiques fondamentales du gouvernement guinéen.

Les missions, la composition et le fonctionnement de chaque instance du CNLS du niveau central jusqu'au niveau des Communautés Rurales de Développement (CRD) en passant par les Régions, les Préfectures et les Communes, sont définis par un décret. Le Secrétariat Exécutif du CNLS est l'unique organe technique devant impulser, faciliter et coordonner la mise en œuvre du Cadre Stratégique National (CSN) de Lutte contre le sida en République de Guinée, en vertu des « Trois principes directeurs » de la riposte au VIH en Guinée.

Depuis fin 2008, en plus des messages de soutien public, les autorités politiques à travers le CNLS apportent de plus en plus des appuis ponctuels à la prise en charge des malades et des OEV. Elles apportent également un appui financier pour le fonctionnement du SE/CNLS et projette l'inscription d'une ligne budgétaire à partir de 2010 pour la riposte au sida. En dépit de ces progrès, la période 2008-2009 se caractérise par la persistance d'un certain nombre de défis qui empiètent sur le leadership et la coordination selon les résultats d'une récente consultation « Evaluation de l'application des Trois principes directeurs » de la riposte en Guinée ». Ces défis se déclinent entre autres par :

- la faiblesse de fonction de leadership et coordination du SE/CNLS (depuis la fin du PMS en décembre 2008) ;
- l'insuffisance de ressources humaines au niveau de l'organigramme du SE/CNLS au niveau central et son absence au niveau décentralisé ;

- la faible capacité du SE/CNLS à mobiliser des ressources financières tant au niveau national qu'au niveau des partenaires technique et financiers pour la mise en œuvre du Cadre Stratégique National ;
- la faible capacité des acteurs nationaux dans la gestion des fonds disponibles.

Sur le plan programmatique, 2008 et 2009 ont été marquées par :

- l'élaboration d'un Cadre Stratégique National 2008-2012 assorti d'un plan opérationnel budgétisé et d'un plan national de suivi/évaluation, budgétisé ;
- l'élaboration en cours d'un plan stratégique de lutte contre le sida du secteur de la santé ;
- l'élaboration d'un plan conjoint d'appui des Nations Unies sur le sida 2009-2012;
- l'engagement du Premier ministre, chef du gouvernement au nom du Président de la république, président du CNLS à l'occasion du lancement de la journée mondiale de la lutte contre le sida le 1^{er} Décembre 2009, de l'inscription à partir de 2010 d'une ligne budgétaire consacrée à la riposte au VIH en Guinée ;
- la signature par le Président de la république de l'ordonnance N° 056/2009/PRG/SGG relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en République de Guinée ;
- la mise en place d'une commission technique de travail multisectorielle en suivi et évaluation pour la composante sida
- la réalisation de la première cartographie des risques et vulnérabilités, offres de services et interventions en matière de riposte à l'épidémie de sida ;
- la réalisation de l'étude sur la discrimination et la stigmatisation des PVVIH - considérations éthiques et juridiques ;
- la réalisation de l'étude sur le commerce de sexe en Guinée ;
- l'étude sur la mise en place d'un forum national des partenaires.

Malgré ces résultats, la mise en œuvre effective du CSN 2008-2012 est confrontée à une faible mobilisation (disponibilité) de ressources financières, notamment une faible participation financière de l'Etat et des partenaires financiers dans un contexte sociopolitique difficile que le pays est entrain de traverser.

✚ 2.4 - Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS 2010

Les indicateurs sont déterminés sur la base des données fournies par le système national de surveillance du VIH et du sida. Pour la période 2008-2009, la défaillance du système n'a pas facilité la mesure des engagements du pays dans le cadre de la riposte au sida, notamment pour les indicateurs nécessitant des enquêtes de populations. En effet, seule l'enquête nationale de surveillance sentinelle a été réalisée en 2008 parmi d'autres devant l'être au cours de la période comme l'EDSG IV et l'ESCOMB. Néanmoins, des études d'ordre régionales ont été utilisés dans la plus part des cas pour préparer ce présent rapport.

Ainsi, sur un total de 25 indicateurs, 19 ont été renseignés pour ce rapport UNGASS 2010. Parmi les indicateurs non renseignés, les indicateurs 8, 12 et 14 n'ont pas fait l'objet d'enquêtes durant la période 2008 -2009. Pour l'indicateur 19, les données ne sont pas disponibles car les cibles sont jusqu'à ce jour difficile à identifier. Quant aux indicateurs 20 et 21, ils ne sont pas pertinents pour le pays.

Tableau 5 : Récapitulatif des indicateurs à l'intention du rapport UNGASS 2010

#	Indicateurs	Rapport 2008		Rapport 2010			
		Valeur	Observation	Valeur	Source	Période	Observation
1	Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le SIDA par catégories et sources de financement	3 600 000 USD		30 977 071,18 USD	Enquête	2007-2009	
2	Indice composite des politiques nationales	6,5		4,9	Enquête	2009	
3	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	52,5%		100%	Rapport CNTS	2009	
4	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous ARV	22,5%		66,7%	Rapport PNCSP	2009	
5	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant	66,5%	Le dénominateur n'était pas approprié : le nombre de femmes enceintes testées VIH positif dans les sites PTME a été utilisé pour le calcul au lieu du nombre de femmes enceintes qui ont besoin d'ARV	14,2%	PNCSP	2009	Les recommandations UNGASS 2010 ont été respectées pour le calcul. La différence des dénominateurs ne permet pas d'apprécier la tendance
6	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	61,3%	Le dénominateur n'était pas approprié : le nombre de tuberculeux VIH positif a été utilisé pour le calcul au lieu du nombre de d'infectés TB/VIH qui ont besoin d'ARV	6%	PNCSP	2009	Les recommandations UNGASS 2010 ont été respectées pour le calcul. La différence des dénominateurs ne permet pas d'apprécier la tendance

#	Indicateurs	Rapport 2008		Rapport 2010			
		Valeur	Observation	Valeur	Source	Période	Observation
7	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat	1,5%	Enquête nationale	3,9%	SSG Corridor Boké	2009	Enquête régionale faite sur un échantillon réduit
8	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat	PS : 58,2% HU: 41,0% MI: 24,7% RT: 19,0% PC : 2,8%	Enquête nationale : PS (Professionnelles du sexe ; HU (Hommes en uniforme) ; MI (Miniers) ; RT (Routiers) ; PC (Pêcheurs)	PL : 39,7%	SSG Conakry : PL (Policiers)	2009	Données PS indiquées dans l'outil en ligne, non disponible
9	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	PS : 92,1% HU: 34,8% MI: 13,2% RT: 24,5% PC : 35,3%	Enquête nationale	PS= 89% RT= 74%	SSG Corridor Boké	2009	Enquête régionale faite sur un échantillon réduit. En plus, il y a différence sur le questionnaire
10	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	16,6%		17,9%	PNPCSP/ CNLS/ Spectrum	2009	
11	Pourcentage d'école ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire.	Non disponible		Elémentaire : 85% Secondaire : 60,2%	Service National de Santé Scolaire		Données de programme
12	Ratio de scolarisation des enfants orphelins et non orphelins âgés de 10-14 ans	Pertinent mais pas de données suffisantes		Pertinent ; pas de données suffisantes			

#	Indicateurs	Rapport 2008		Rapport 2010			
		Valeur	Observation	Valeur	Source	Période	Observation
13	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	16,2%	Enquête nationale	22%	Etude CAP PSS/GTZ	2008	Enquête régionale faite sur un échantillon réduit.
14	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	PS : 4,3% HU: 24,8% MI: 18,6% RT : 3,8% PC: 7,8%	Enquête nationale	PL : 45%	SSG Corridor Boké	2009	Données PS indiquées dans l'outil en ligne, non disponible.
15	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	25,0%	Enquête nationale. La valeur a été mal rapportée dans UNGASS 2008. La valeur 25% a été notifiée au lieu de 55%	26%	Etude CAP PSS/GTZ	2008	Enquête régionale faite sur un échantillon réduit.
16	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	7,8%	Enquête nationale	22%	SSG Corridor Boké	2009	Enquête régionale faite sur un échantillon réduit.
17	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	30,9%	Enquête nationale	18%	SSG Corridor Boké	2009	Enquête régionale faite sur un échantillon réduit.
18	Pourcentage de professionnelles du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	99,8%	Enquête nationale	65%	SSG Corridor Boké	2009	Enquête régionale faite sur un échantillon réduit.

#	Indicateurs	Rapport 2008		Rapport 2010			
		Valeur	Observation	Valeur	Source	Période	Observation
19	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec partenaire masculin	Pertinent mais pas de données disponibles		Pertinent mais pas de données disponibles			
20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Non pertinent		Non pertinent			
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	Non pertinent		Non pertinent			
22	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	Pertinent mais pas de données disponibles		3,4%	ENSS	2008	
23	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque.	PS : 34,4% RT : 5,5% MI : 5,2% HU : 6,5% PC : 5,6%		PS :33% RT :6% PL :13%	SSG Corridor Boké	2009	Enquête régionale faite sur un échantillon réduit.
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale.	Pertinent mais pas de données disponibles		78%	Rapport Accès Universel 2008	2008	
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH.	Pertinent mais pas de données disponibles		22%	Spectrum	2009	

III - APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

✚ 3.1 - Surveillance épidémiologique du sida en Guinée

La surveillance de l'infection à VIH est réalisée à travers un système comportant les éléments suivants:

- La surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes : elle est effectuée tous les 2 ans. La plus récente a été faite en 2008 ;
- Les enquêtes de surveillance de seconde génération (SSG) au sein des groupes à risque associant les données biologiques sur les IST/VIH et celles comportementales (ESCOMB) : deux enquêtes ont été effectuées entre 2008 et 2009 (SSG Corridor Boké, SSG Conakry), mais sur des échantillons régionaux et non national;
- L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) auprès de la population générale : effectuée toutes les 5 ans. La dernière a été réalisée en 2005 ;
- Les études CAP auprès des groupes à plus à risques tels que les jeunes, les PS, les hommes en uniforme, les miniers, les routiers, les pêcheurs et autres groupes. La plus récente (Etude CAP-PSS/GTZ) a été faite en 2008 chez les jeunes sur un échantillon régional et non national.
- Le système d'informations sanitaires de routine notamment par la notification des cas de VIH, de sida et des décès dus au sida dans les structures sanitaires, à tout instant. Ce système du Ministère de la santé et de l'hygiène publique à travers le Programme de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST-VIH/sida (PNPCSP) récolte régulièrement les données.

✚ 3.2 - Situation de l'épidémie dans la population générale

En Guinée, la prévalence moyenne du VIH au sein de la population générale est estimée à 1,5% en 2009 (SE/CNLS, Estimations et projections pays/Spectrum 2009) comme l'indique le tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6: Quelques données pour 2009

Variables	Valeurs
Nombre de personnes vivant avec le VIH	83.513
Nombre de nouveaux cas	7.089
Prévalence du VIH	1,5%
Nombre de décès dû au sida	2.947

Cette prévalence est identique à celle trouvée par l'EDSG III réalisée en 2005.

Les résultats de l'enquête réalisée par l'EDSGIII 2005 avaient montré des variations importantes selon certaines caractéristiques démographiques et comportementales au sein des populations. Le tableau 7 résume les résultats de cette enquête :

Tableau 7: Séroprévalence du VIH dans la population générale en 2005

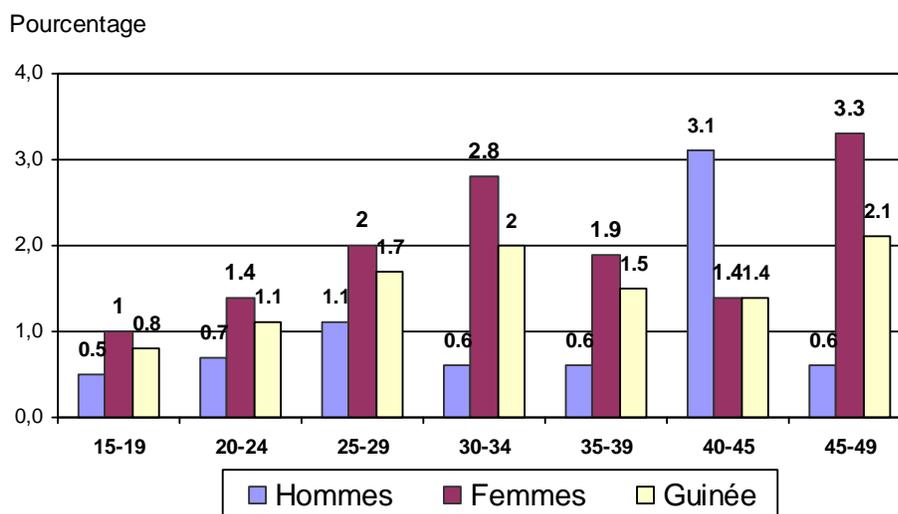
Catégories de populations	Prévalence du VIH en %
Population générale	1,5
Hommes	0,9
Femmes	1,9
Milieu Urbain	2,4
Milieu Rural	1,0

Source : EDSG III 2005

L'analyse de ces données permet de faire les constats suivants :

- Par rapport au genre, l'on note une féminisation de l'infection à VIH avec un taux de séroprévalence de 1,9% chez les femmes de 15-49 ans, contre 0,9% chez les hommes de la même tranche d'âge autrement dit, les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes.
- La proportion de personnes séropositives augmente avec l'âge. En effet, d'un minimum de 0,8 % dans le groupe d'âges de 15-19 ans, la proportion atteint un maximum de 2,1 % dans les groupes d'âges de 40-44 ans et 45-49 ans comme le présente le graphique1. En outre, il indique que ce sont les femmes qui, à presque tous les âges, sont les plus touchées par l'épidémie. En effet, en dehors de la tranche d'âge 40-44 ans où l'on observe la situation inverse, la prévalence observée chez les femmes est à tout âge supérieure à celle des hommes. Dans la tranche 45-49 ans par exemple, on note une prévalence de 3,3% chez les femmes contre seulement 0,6% chez les hommes.

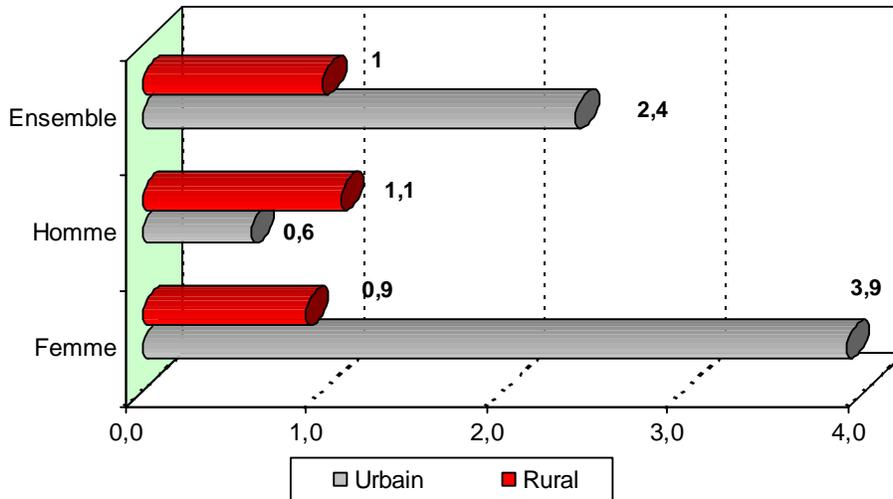
Graphique 1 : Prévalence du VIH par groupe d'âge et par sexe



- Par rapport au lieu d'habitation (graphique 2), dans l'ensemble la prévalence moyenne du VIH dans les milieux urbains est plus élevée que celle des milieux ruraux (2,4 % contre 1.0 %). Cependant, l'analyse désagrégée selon le sexe montre que chez

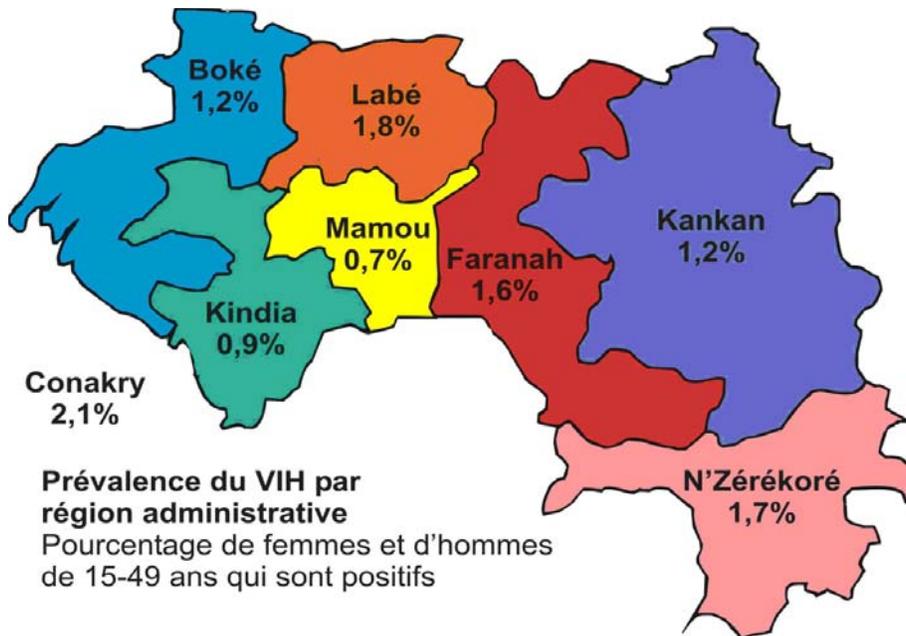
les hommes, les ruraux sont plus infectés que ceux des centres urbains (1,1% contre 0,6%) ; chez les femmes la situation est inversée : les femmes des zones rurales sont moins infectées (0,9% contre 3,9%).

Graphique 2 : Prévalence du VIH par milieu de résidence



- La répartition de la prévalence par région administrative (carte 2) montre que Conakry, Labé, Nzérékoré et Faranah sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés avec respectivement 2,1 %, 1,8 %, 1,7 % et 1,6 %. A l'opposé, les régions de Kindia et Mamou sont celles où les niveaux sont les plus faibles avec respectivement 0,9% et 0,7%.

Carte 2 : Prévalence du VIH par région administrative



Source : EDSG III 2005

On pourrait admettre que l'épidémie de VIH en Guinée est en phase de stabilisation. Cependant la situation des déterminants de santé pouvant influencer la propagation du VIH reste préoccupante. Les points ci-dessous présentent quelques uns de ces indicateurs :

- prévalence contraceptive : 9% ;
- taux brut de natalité : 38,4 pour 1.000 personnes ;
- proportion des accouchements assistés : 38% ;
- indice de fécondité : 5,7 enfants par femme ;
- statut nutritionnel des femmes et des enfants critique surtout chez les mères qui n'ont aucun niveau d'instruction ;
- couverture vaccinale : 37% des enfants ont été complètement vaccinés ;
- taux de mortalité infantile est estimé à 128 pour 1.000 ;
- taux de mortalité maternelle 980 pour 100.000 naissances vivantes ;
- taux de scolarisation globalement faible - pour l'année scolaire 2003-2004, le taux brut était de 74 % au primaire, 39 % au collège et 16 % au lycée et on note une importante disparité entre garçons et filles ;
- taux d'alphabétisation caractérisé par un déséquilibre entre hommes et femmes avec des proportions respectives de 41 % et 22 % pour l'ensemble du pays ;
- instabilité politique et sociale ;
- violations fréquentes des droits de l'homme ;
- Accentuation de la pauvreté ;
- Insuffisance de la gestion des ressources financières disponibles.

Tous ces indicateurs ont une influence négative sur l'adoption de comportements favorables à la santé, en particulier en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH.

3.3 - Situation de l'épidémie dans les populations les plus à risque

Indicateur 23

Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque

Pour le rapport UNGASS 2008, la Guinée avait retenu 5 catégories de populations les plus à risque : les PS, les hommes en uniforme, les routiers, les miniers et les pêcheurs.

Concernant la période allant de 2008 à 2009, point d'enquête d'envergure nationale de type surveillance comportementale et biologique n'a ciblé ces catégories, après celle de 2007. Néanmoins, deux études régionales (SSG Corridor Boké et SSG Conakry) d'une bonne qualité technique auprès de quelques catégories, notamment les PS (33%), les routiers (6%) et policiers (13%) ont été réalisées en 2009. Leurs résultats sont statistiquement acceptables.

Ces données disponibles ne permettent pas de faire une analyse de tendance en ce qui concerne les résultats de 2009 du fait de la taille des échantillons et du nombre de sites d'étude. Par contre, elles permettent de constater que la séroprévalence dans les différents groupes étudiés a peu varié par rapport à 2007.

La séroprévalence reste toujours élevée au sein de ces populations. Les résultats du tableau 8 montrent les tendances de la séroprévalence chez ces catégories de populations par années (2007 et 2009).

Tableau 8 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque par catégorie 2007-2009

Catégories	Nombre de personnes dont le test est positif pour le VIH		Nombre de personnes ayant subi le test		Prévalence VIH		
	2007	2009	2007	2009	2007*	2007**	2009
PS ¹	206	33	598	101	34,4%	20,7%	33%
Hommes en uniforme ¹	138		2127		6,5%		
Pêcheurs ¹	34		604		5,6%		
Miniers ¹	62		1190		5,2%		
Routiers ^{1,2}	33	8	601	128	5,5%	13,1%	6%
Policiers ³		13		93		10,2%	13%

Source : 1.ESCOMB 2007- 2.SSG Corridor BOKE 2009- 3.SGG CONAKRY

*Moyenne nationale ESCOMB 2007; **Moyenne Basse Guinée (comprenant la région de Boké) ESCOMB 2007

Dans le tableau ci-dessous, sont présentées les prévalences de l'infection à VIH au sein des populations à plus de risque en 2007 et 2009.

Cas des PS

La distribution de la séoprévalence des PS selon l'âge (tableau 9) montre que 41,9% des filles âgées de 25 ans et plus ont le test positif au VIH contre 25,9% chez celles qui ont moins de 25 ans.

Tableau 9 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les PS par groupe d'âge

Groupes d'âges	Nombre de personnes dont le test est positif pour le VIH	Nombre de personnes ayant subi le test	Prévalence VIH
< 25 ans	15	58	25,9%
25 ans et +	18	43	41,9%
Ensemble	33	101	33%

Source : SSG Corridor Boké 2009

L'analyse des données selon la durée dans le métier (tableau 10) montre que celles qui sont entrées dans le commerce du sexe il y a plus d'une année ou « anciennes » ont une séoprévalence de 36% contre 23% chez celles qui exercent cette pratique il y a moins d'une année

Considérant, les tendances des proportions de la région de Boké qui a bénéficié de l'ESCOMB de 2007 et de la SSG Corridor Boké en 2009, on constate une nette augmentation de 20,7% à 33%. On pourrait attribuer cette augmentation de prévalence chez les PS par l'arrêt du projet sida3 qui offrait des services aux PS en fin 2007, mais également une affluence des PS avec l'installation d'une nouvelle industrie de mine durant la période 2007et 2008.

Tableau 10 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les PS selon la durée dans le métier

Durée dans le métier	Nombre de personnes dont le test est positif pour le VIH	Nombre de personnes ayant subi le test	Prévalence VIH
< 1 an	6	26	23%
1 an et +	27	75	36%
Ensemble	33	101	33%

Cas des routiers

La distribution de la séroprévalence des routiers selon l'âge (Tableau 11) montre que 7,5% des routiers âgés de 25 ans et plus ont le test positif au VIH alors que chez qui ont moins de 25 ans, aucun n'est positif.

Tableau 11 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les routiers par groupe d'âge

Groupes d'âges	Nombre de personnes dont le test est positif pour le VIH	Nombre de personnes ayant subi le test	Prévalence VIH
< 25 ans	0	22	0,0%
25 ans et +	8	106	7,6%
Ensemble	8	128	6%

Par rapport au statut matrimonial, la prévalence est plus élevée chez les routiers qui sont mariés que chez les célibataires (respectivement 9% et 0%).

Cette étude montre que seulement 21% de ceux qui fréquentent les PS utilisent toujours le préservatif avec ces filles; leur taux de séropositivité est nul. Par contre, il est de 6% chez les routiers qui n'utilisent jamais ou parfois le préservatif avec les PS.

La comparaison des résultats de l'ESCOMB de 2007 et de la SSG Corridor Boké de 2009 montre pour la région de Boké une diminution de la prévalence passant de 13,2% à 6% chez les routiers.

IV - RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

4.1 - Engagement national

4.1.1 - Contexte sociopolitique

Le paysage sociopolitique guinéen a été marqué en 2008 et 2009 par les effets du contexte économique mondial difficile, la mauvaise gouvernance (qui a pour conséquence les mouvements sociaux notamment les grèves), l'instabilité politique dont la mort du chef de l'Etat élu, la prise du pouvoir par l'armée suite à ce décès, corrélée par la flambée de l'insécurité et la difficulté de ramener le pays à une vie constitutionnelle normale. Cette situation a significativement influencé le dispositif de la riposte à l'épidémie de sida. Il s'agit notamment de la diminution des financements, de l'accroissement de la vulnérabilité de certaines couches de la population (surtout les PS), du ralentissement de la disposition par un certain nombre de partenaires de ressources (fonds) destinées aux activités, et des interruptions dans la mise en œuvre des projets et programmes de la riposte contre l'épidémie de sida.

4.1.2 - Financement de la riposte

Au cours des trois dernières années (2007, 2008 et 2009), l'estimation des fonds engagés dans la riposte s'élève à 30 977 071,18 USD. Les ressources les plus importantes proviennent de la source internationale et les catégories les mieux financées sont la prévention et, les soins et traitement.

Indicateur 1 Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida

Financement par catégories de dépenses liées au VIH

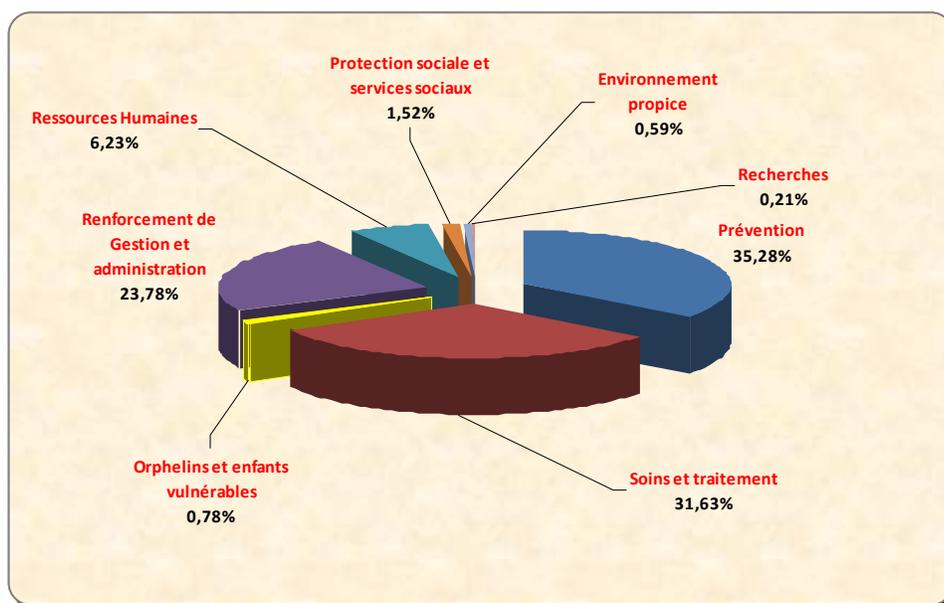
Le montant total des financements dans le cadre d'une riposte au sida est estimé à 30 977 071,18 dollars américains. Le tableau 12 donne la récapitulation des fonds engagés pour la période de 2007 à 2009 par catégories de dépenses.

Tableau 12 : Affectation des montants par catégories de dépenses (en dollars US)

Catégories	Année			Total général	% général
	An 2007	An 2008	An 2009		
Prévention	3 684 298,73	4 099 048,88	3.265.147,53	11 048 495,14	35,28%
Soins et traitements	1 820 408,00	2.875.413,75	5.072.183,84	9 768 005,58	31,63%
Orphelins et enfants vulnérables	20 193,47	1.344,49	216. 989,56	238 527,52	0,78%
Renforcement de Gestion et administration	1 327 133,87	4 989 076,14	970 578,33	7 286 788,35	23,78%
Ressources Humaines	555 993,56	1 087 390,52	289.879,16	1 933 263,24	6,23%
Protection sociale et services sociaux	-	155.561,81	303.241,68	458 803,49	1,52%
Environnement propice	13 383,69	17.658,42	148.766,63	179 808,74	0,59%
Recherches	40,20	878,68	62.460,24	63 379,11	0,21%
Total	7.439.331,45	13 226 372,69	10 329 246,97	30 977 071,18	100,00%

Toutes les composantes de la riposte ont bénéficié de financements à des proportions variables comme le représente le graphique 3.

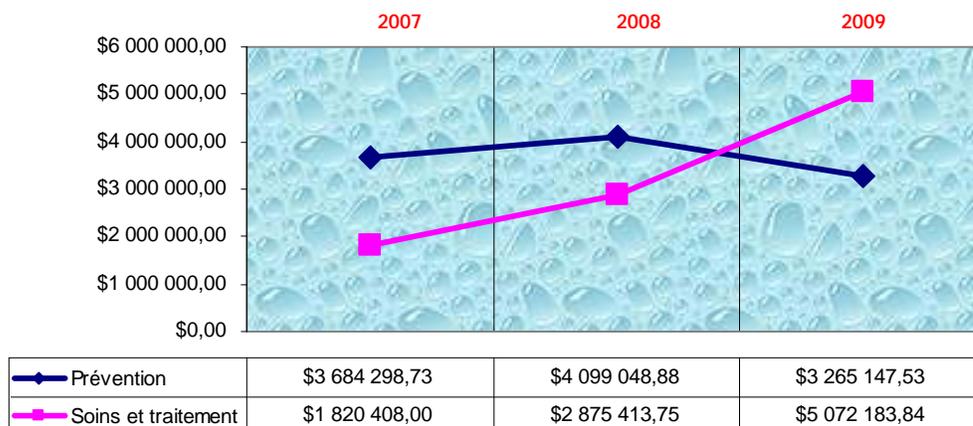
Graphique 3 : Répartition des dépenses par catégories de 2007 à 2009



Les ressources de la riposte allouées à la prévention et aux soins/ traitements constituent à elles seules les 67% des investissements.

En 2007, 2008 et 2009, la part des ressources dépensées pour la **prévention**, représente respectivement 49,64%, 30,99% et 31,61%. Pour la catégorie **soins et traitements**, elle a connu une hausse croissante et régulière depuis 2007 ; en 2009, elle devient la catégorie la plus financée, soit 49,11% des dépenses totales contre 24,53% en 2007 et 21,74% en 2008. Le graphique 4 montre la tendance de l'évolution des financements de ces 2 catégories depuis 2007.

Graphique 4 : Evolution de dépenses de la prévention et des soins/soutien (en USD)



Pour la ligne de dépenses intitulée « **orphelins et enfants vulnérables** », l'année 2009 semble être le véritable point de départ. En effet, les dépenses y afférentes sont restées en deçà de 1% durant les années 2007 et 2008. A partir de 2009, les sous rubriques « Education des OEV »

et « soutiens familiale » ont bénéficié d'une attention accrue avec 2,10% des dépenses totales de l'année. Le CNLS reste le principal bailleur de cette rubrique.

Le volet « **renforcement de la gestion et l'administration des programmes** » est la troisième rubrique par l'importance des montants consacrés. Sa part relative dans les dépenses a connu une ascension fulgurante entre 2007 et 2008, respectivement 17,88% et 37,72%. Les montants de cette rubrique ont baissé jusqu'à 9,40% des dépenses totales en 2009. A ce niveau les financements restent concentrées sur les sous briques « suivi évaluation », « planification, coordination et gestion des programmes » mais aussi les « coûts administratifs et les transactions associées à la gestion et au décaissement des fonds », et « la technologie de l'information ».

Pour les dépenses liées aux « **ressources humaines** », les montants affectés paraissent raisonnables (7,49% pour 2007, 8,22% en 2008 et 2,81% pour 2009). La formation reste au cœur de cette rubrique malgré que les incitations financières ne soient négligeables.

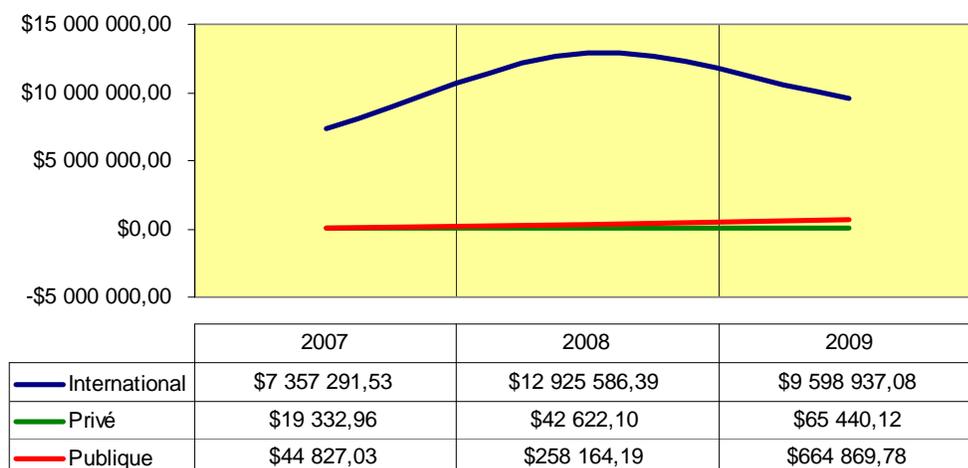
Concernant « la **protection sociale et les services sociaux** », de 1,18% en 2008, ses montants ont atteint 2,94% en 2009.

Quant à « **l'environnement propice** » et « la **recherche** », ils restent les activités les moins financées (en deçà de 1%).

Bailleurs de fonds

Les bailleurs de fonds de la riposte au sida sont classés en 3 catégories : les internationaux, les privés et le public. La répartition de leur apport est présentée dans le graphique 5.

Graphique 5: Evolution des financements selon les sources de 2007 à 2009



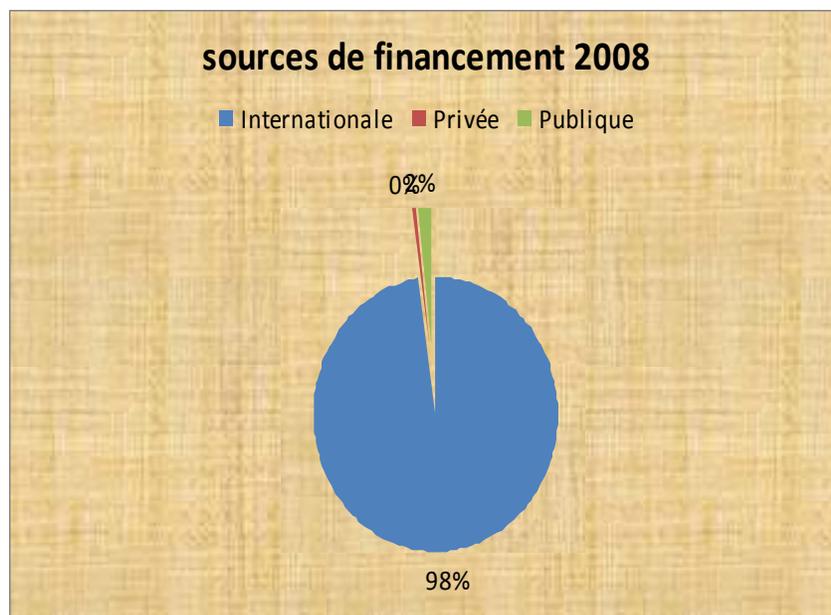
Ce graphique montre que l'essentiel des financements de la riposte provient de la catégorie internationale (96,41%). En plus, il nous renseigne que des variations importantes existent entre ces 3 sources de financement. Les financements internationaux, de loin les plus importants, ont connus une croissance qui a culminé en 2008 puis a baissé à la fin de 2009. Les 2 autres sources de financements ont la même allure : un faible niveau de participation. Cependant, il faut souligner que le gouvernement guinéen, dont la participation est restée très faible durant les années précédentes, a consenti des efforts louables pour l'année 2009 (décaissement net de 664 869,78 USD, soit 6,44% des dépenses de l'année) qui lui a permis de

dépasser le secteur privé. Les graphiques 6, 7 et 8 ci-après montrent la répartition des dépenses par années et par sources.

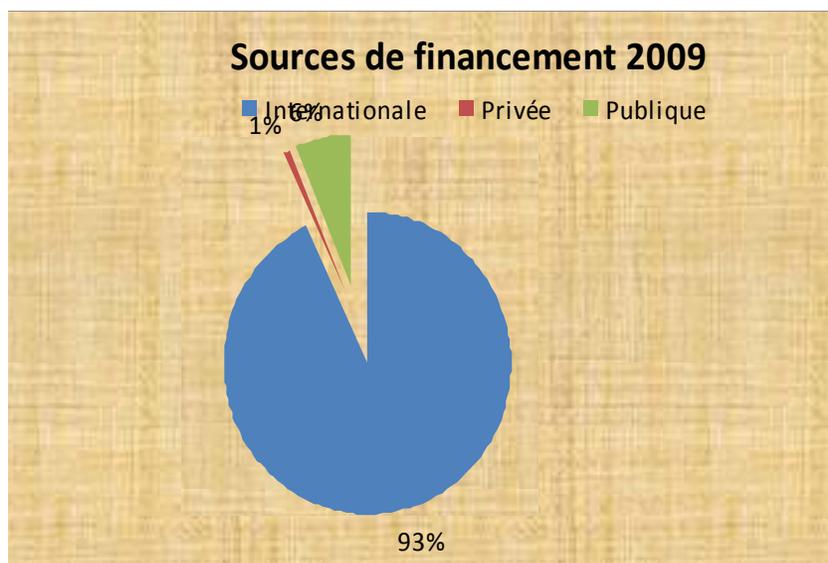
Graphique 6 : Répartition des dépenses par sources de financement 2007



Graphique 7 : Répartition des dépenses par sources de financement 2008



Graphique 8 : Répartition des dépenses par sources de financement 2009



Les résultats de la collecte des données sur le financement montrent que les principaux bailleurs pour la période de 2007-2009 sont la Banque Mondiale (à travers le PMS) avec une participation à concurrence de 16,88% en 2007 et 32,99% en 2008, PSI (qui gère une double contribution financière de l'agence allemande de coopération KFW et de l'USAID destinée à la riposte contre le VIH/sida) dont participation a atteint les 23,53 % des dépenses de la riposte nationale en 2007. Ils sont suivis par le Fonds Mondial (round 6, round 2), Dream et la GTZ.

La participation des agences du système des Nations Unies (PNUD, OMS, UNICEF, OIM, HCR, PAM, ONUSIDA, FNUAP) est considérable. Leur importance relative dans les dépenses de la riposte nationale est difficile à mettre en exergue à cause de la dispersion des données et les présences simultanées dans le financement des certaines activités. Les ONG internationales (Médecins Sans Frontières, Association Européenne pour le Développement social, Aide Internationale, Fondation de France, Partenaire Contre le Sida, Plan Guinée, Solthis, Wafrica, etc...) apportent des contributions financières importantes dans la riposte au VIH/sida.

Concernant les structures privées internes y compris les ONG nationales, elles se font de plus en plus présentes. En plus des subventions qu'elles reçoivent des autres bailleurs, des structures publiques, leur participation sur fonds propres reste difficile à valoriser.

4.1.3 - Engagement politique

La Guinée dispose d'un Comité National de Lutte contre le sida (CNLS) mis en place par le décret présidentiel n°016 du 5 mars 2002.

A sa création, le CNLS était sous la responsabilité du chef de gouvernement, le premier ministre. En 2009, suite au changement de régime, il a été rattaché à la présidence de la république. Ceci est une marque des responsables politiques au plus haut niveau d'apporter un soutien aux activités de la riposte au sida. Le CNLS est présidé actuellement par le Chef de l'Etat et est composé de l'ensemble des départements ministériels, de la société civile, des associations de PVVIH, du secteur privé, des syndicats, des ONG internationales et des organisations bi et multi latérales. Il dispose d'une composition prédéfinie, d'un mandat et d'un Secrétariat Exécutif fonctionnel. Mais, depuis plusieurs années, il n'a pas tenue de

réunions régulières à cause de l'instabilité de ses présidents et des remous politiques. En effet de 2007 à 2009, six (6) présidents se sont succédés à sa tête.

Il existe aussi au sein de chaque département, un Comité Ministériel de Lutte contre le sida (CMLS) qui élabore et met en œuvre un plan d'action dans le cadre de la riposte au sida. Il en est de même, au niveau de chaque région, communes et Communauté Rurale de Développement (CRD).

L'appui politique a permis d'atteindre, entre autres, l'accroissement des financements de l'état, de renforcer l'implication de tous les secteurs tant dans la conception que dans la mise en œuvre des activités, l'amélioration du dispositif législatif et réglementaire, et l'accès gratuit aux ARV, au dépistage, au suivi biologique.

Aussi, un **nouveau Cadre Stratégique National 2008-2012** a été adopté et validé. L'élaboration du CSN 2008-2012 s'est faite à travers une démarche largement participative qui a permis d'impliquer l'ensemble des acteurs de la réponse au sida (partie nationale et partenaires du pays, société civile et secteur public). Les objectifs stratégiques du CSN sont : i) réduire la transmission du VIH et les IST; ii) renforcer la prise en charge médicale, le soutien et l'appui aux personnes infectées et affectées; iii) renforcer les capacités nationales de leadership, la gouvernance et la coordination en matière de lutte contre le VIH et iv) renforcer le système de suivi évaluation.

L'engagement à la riposte nationale est mesuré par l'indicateur n°2 présenté ci-dessous.

Indicateur 2 Indice composite des politiques nationales (ICPN)

La collecte des informations en vue de renseigner l'Indice composite sur l'engagement politique a connu une participation effective de plusieurs acteurs.

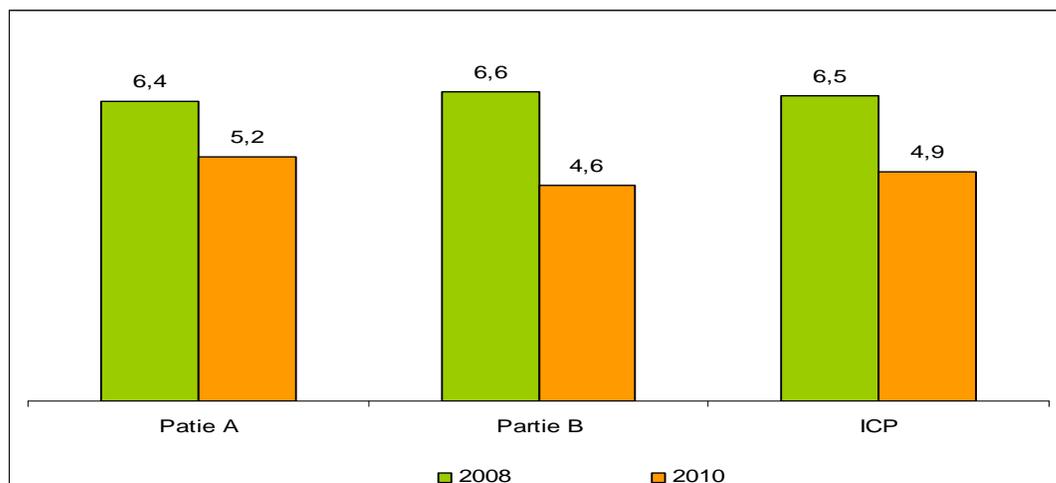
Pour la partie A, 26 répondants ont été choisis au sein des départements ministériels, des institutions de l'état et les unités de prise en charge du VIH. Pour la partie B, ont pris part à cet exercice également, 25 personnes issues de la société civile à travers les ONG nationales et internationales, le secteur privé et les partenaires au développement.

Tableau 13 : Synthèse de l'indice composite des politiques nationales 2010

Parties	Notes sur 10
Partie A	5,2
Plan stratégique	5
Appui politique	5
Prévention	5
Traitement soins et soutien	5
Suivi- évaluation	6
Partie B	4,6
Droit de la personne	
▪ Politique, lois et règlements	5
▪ Application politique, lois et règlements	4
Participation de la société civile	5
Prévention	5
Traitement, soins et soutien	4
Indice composite	4,9

La comparaison entre les ICPN 2008 et ICPN 2010 montre une baisse globale des notes entre les 2 périodes passant de 6,5 à 4,9 comme présenté dans le graphique 9. La baisse plus importante a été enregistrée au niveau de la partie B (2 points contre 1,6 pour la partie A). La partie B a notamment donné de faibles notes aux rubriques « Application de la politique, lois et règlements » et « traitement, soins et soutien ».

Graphique 9: Comparaison des ICPN de UNGASS 2008 et UNGASS 2010



Concernant les droits de la personne, les répondants des 2 parties affirment que des efforts considérables ont été consentis par le gouvernement guinéen en vue de promouvoir les droits des personnes vulnérables, notamment des PVVIH. L'Ordonnance N° 056/2009/PRG/SGG relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en République de Guinée, a été signée par le Président de la République. Le manque de vulgarisation des documents visant à protéger les personnes vulnérables, constituent des obstacles majeurs pour une promotion et une protection véritable de leurs droits.

Les répondants admettent que les programmes de prévention élaborés depuis 2003 ont enregistré des avancées significatives parmi lesquelles l'enseignement effectif du VIH et du sida à plusieurs niveaux du système éducatif, l'extension des sites PTME/CDV, et l'amélioration de la sécurité transfusionnelle. Ils affirment aussi que les difficultés relevées dans le domaine de la prévention sont entre autre l'insuffisance de ressources financières, l'instabilité sociopolitique, et le manque de visibilité et de coordination des actions menées sur le terrain. Les répondants de la partie B ont pour leur part insisté non seulement sur les tabous et préjugés liés au sida, mais également sur l'analphabétisme qui constituent de véritables obstacles lors des campagnes de sensibilisation sur le VIH.

Si les répondants des parties A et B se félicitent de la gratuité des ARV effective depuis septembre 2007, des divergences subsistent cependant quant à leur accessibilité pour la majorité des patients éligibles à ce traitement. Les répondants de la partie A affirment que la majorité des PVVIH ont accès aux ARV, par contre ceux de la partie B soutiennent le contraire.

Les répondants des parties A et B déplorent les fréquentes ruptures de stock d'ARV et de réactifs de laboratoire, la faible capacité des sites PTME/CDV, les problèmes de suivi biologique des patients sous ARV et la non inclusion de la prise en charge psychosociale dans le continuum de soins apportés aux personnes infectées par le VIH.

Selon les répondants des 2 parties, des progrès considérables ont été réalisés en faveur des OEV notamment la création d'un comité national de pilotage OEV, la mise en place d'un plan d'action stratégique en faveur des OEV, l'introduction du volet OEV dans la politique de la petite enfance. Ils ont en outre noté des difficultés liées à l'identification des OEV, à l'insuffisance des moyens financiers et au manque de synergie d'action entre les intervenants. Les répondants de la partie B ont également souligné comme difficultés le non fonctionnement du comité de pilotage OEV et la méconnaissance par la plupart des intervenants de textes régissant le placement des OEV dans les institutions d'accueil. Le pourcentage d'OEV bénéficiant d'interventions ciblées est estimé à 30% selon les répondants de la partie B contre 54% selon ceux de la partie A.

Les activités de suivi/évaluation représentent 3% du financement total des programmes VIH en Guinée. Elles sont confrontées à l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, à la non harmonisation des outils de collecte et au manque de coordination des interventions.

Cependant, les acquis en matière de suivi/évaluation sont entre autre l'élaboration d'un plan national unique de suivi/évaluation incluant les 12 composantes, la budgétisation du plan national de suivi/évaluation et l'accroissement du nombre de supervision des structures déconcentrées.

4.2 - Principales réalisations

Les cinq axes stratégiques du CSN 2008-2012 ont été retenus pour présenter les principales réalisations.

Axe stratégique 1 : Prévention de la transmission des IST et du VIH

Dans cet axe 6 domaines d'intervention sont prévus. Il s'agit de la promotion de l'IEC/CCC pour la prévention des comportements à risque de transmission sexuelle du VIH et des IST, de la promotion de l'utilisation du préservatif masculin et féminin, du dépistage volontaire et anonyme du VIH, du diagnostic précoce et traitement des IST, de la réduction des risques de transmission par voie sanguine et de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)

Cet axe de la riposte est celui qui compte les acteurs et les financements les plus importants. C'est pourquoi 13 des 25 indicateurs UNGASS contribuent à mesurer les variations observées.

Promotion de l'IEC/CCC pour la prévention des comportements à risques de transmission sexuelle des IST et du VIH

Indicateur 11

Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire.

Durant la période 2008-2009, des progrès ont été accomplis dans le domaine de l'enseignement du VIH et du sida au niveau du secteur de l'éducation nationale. Le constat de ce progrès est variable selon les sous secteurs de l'éducation nationale : le sous secteur de l'enseignement supérieur et recherche scientifique ; le sous secteur de l'enseignement technique et professionnel ; et le sous secteur de l'enseignement pré universitaire (primaire et secondaire) qui, conformément aux directives de l'élaboration des indicateurs de base représente notre cible.

La mesure de l'indicateur est basée sur l'examen des programmes. Des enseignants ont été formés pour l'enseignement du VIH et du sida. Aussi des curricula ont été introduits au niveau des écoles dans le cadre de l'apprentissage des programmes de préparation à la vie active

basée sur les compétences psychosociales. Les informations ont été recueillies auprès du service national de santé scolaire. Elles montrent que sur 8.087 écoles (écoles élémentaires et secondaires) publiques et privées retenues durant la période 2008-2009, 6.671 ont dispensé un enseignement relatif au VIH soit 82,5%. L'examen de ces données par niveau d'enseignement montre que la proportion des écoles élémentaires est de 85,5% et celle du secondaire est de 60,2% (voir tableau 14). Par ailleurs, le même tableau montre la répartition par région et révèle que la région de Conakry (la capitale) n'a pu réaliser cette activité où près de 12,7% des établissements pré universitaires existent.

Toutefois, il faut souligner que la méthode de collecte de ces informations ne permet pas d'apprécier la qualité dudit enseignement

Tableau 14 : Pourcentage des écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH

Niveau d'enseignement par région	Nombre d'écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de l'année scolaire écoulée	Nombre d'écoles ayant fait l'objet d'une enquête	Pourcentages
Enseignement primaire			
Boké	722	722	100%
Conakry	1.033	0	0%
Faranah	633	633	100%
Kankan	934	934	100%
Kindia	1.098	1.098	100%
Labé	878	878	100%
Mamou	704	704	100%
N'Zérékoré	1.122	1122	100%
Sous Total	7.124	6.091	85,50%
Enseignement secondaire			
Boké	63	63	100%
Conakry	383	0	0%
Faranah	54	54	100%
Kankan	89	89	100%
Kindia	121	121	100%
Labé	80	80	100%
Mamou	63	63	100%
N'Zérékoré	110	110	100%
Sous Total	963	580	60,23%
Total	8.087	6.671	82,49%

Source : Service national de santé scolaire

Indicateur 13**Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus**

Des ressources importantes ont été consenties durant la période 2008-2009 dans le domaine de la prévention des IST/VIH notamment en matière d'IEC et de CCC. Mais, l'Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique (ESCOMB) prévue en 2009 en vue de mesurer les progrès attribuables aux actions menées auprès des jeunes n'a pu pas être réalisée. Toutefois, les résultats d'une enquête CAP menées en 2009 dans 3 zones géographiques (régions de Labé, de Mamou et de Faranah) du pays auprès de la même cible permettent de fournir des informations valables pour renseigner l'indicateur UNGASS n°13.

Il ressort des résultats de cette enquête que la proportion de jeunes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus est de 22% (CAP PSS/GTZ 2009). Cette valeur est supérieure à la moyenne nationale de 2007, soit 16,2% (ESCOMB 2007).

La proportion de jeunes qui connaît les moyens de prévention du VIH telle que définis ci-dessus en milieu urbain est de 31% (582/1.887). Cette proportion est nettement plus faible en milieu rural 14% (84/615).

Par rapport au genre, les garçons ont une meilleure connaissance des moyens de prévention que les filles soit 23,3% contre 20,1%.

Selon l'âge, le tableau 15 indique que les jeunes de 20-24 ans ont une meilleure connaissance des modes de transmission.

Tableau 15 : Pourcentage des jeunes selon leur connaissance sur la prévention du sida

Catégories	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans ayant répondu correctement aux cinq questions	Nombre total de personnes interrogées âgées de 15-24 ans	Pourcentage
Genre			
Garçons	346	1.483	23,33%
Filles	205	1.019	20,12%
Groupes d'âges			
15-19	293	1.480	19,79%
20-24	258	1.022	25,24%
Ensemble	551	2.502	22,02%

Source : Etude CAP PSS/GTZ

La comparaison des résultats des études réalisées en 2007 et 2009, présentés dans le tableau n°16, montre une amélioration des connaissances des jeunes. Mais, l'analyse par rapport au genre et aux tranches d'âge ne montre pas un changement. En effet, aussi bien en 2007 qu'en 2009, les garçons ont une meilleure connaissance. Aussi, l'écart entre les 2 groupes d'âge est resté stable (5%) avec des proportions plus élevées chez la tranche d'âge de 20-24 ans.

L'absence de données de couverture nationales en 2009 limite la comparaison des tendances. Par contre, les résultats de l'ESCOMB 2007 de la Moyenne Guinée (Labé et Mamou) et ceux de l'enquête CAP PSS/GTZ des régions de Labé, Mamou et Faranah

montrent respectivement que les valeurs de l'indicateur sont de 15% chez les garçons et 17% chez les filles contre 23,3% chez les garçons et 20,1% chez les filles 2009. Ces résultats montrent une amélioration relative des connaissances dans l'ensemble selon le sexe entre les deux périodes. Inversement, par rapport à 2007, le score est plus important chez les garçons en 2009.

Tableau 16 : Pourcentage de personnes âgées de 15-24 ans ayant répondu correctement aux cinq questions

Catégories	Pourcentage de personnes âgées de 15-24 ans ayant répondu correctement aux cinq questions		
	2007*	2007**	2009
Genre			
Garçons	19,7%	15,0%	23,33%
Filles	12,3%	17,0%	20,12%
Groupes d'âges			
15-19	14,4%		19,79%
20-24	19,5%		25,24%
Ensemble	16,2%		22,02%

Source : *Moyenne nationale ESCOMB 2007; **Moyenne Foutah Djallon (Régions de Labé et Mamou) ESCOMB 2007

Indicateur 14

Pourcentage, parmi les populations les plus à risque de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

Avec une épidémie de VIH généralisée dans la population, la Guinée concède des poches de sous épidémies concentrées de prévalence allant de plus de 5% à 34% au sein des populations les plus à risque. C'est pourquoi, en dépit des stratégies de prévention de masse, des efforts spécifiques doivent être orientés en directions des PS, des miniers, des hommes en uniforme, des routiers et des pêcheurs pour l'amélioration des connaissances, l'acquisition des aptitudes aux fins de comportements positifs vis-à-vis de l'infection au VIH.

Du point de vue de connaissances, selon l'enquête SSG Conakry de 2009 de la région spéciale de Conakry, 45% des policiers interrogés possédaient tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejetaient les principales idées fausses concernant la transmission du virus (tableau 17). Cette proportion était de 17% en 2007 chez les agents en uniforme comprenant les paramilitaires (policiers et douaniers) et les militaires au niveau national dont respectivement 16% à Conakry, 19% en Basse Guinée et au Foutah Djallon (Moyenne Guinée), 12% en Haute Guinée et 23% en Guinée Forestière (ESCOMB 2007). A Conakry, on constate une nette amélioration des connaissances chez les policiers en 2009, soit près de trois fois plus qu'en 2007. Cette tendance évolutive doit être considérée sous réserve car même si les cinq questions répondues étaient identiques pour les deux enquêtes, cependant l'échantillon de 2007 était plus représentatif, puisqu'en plus des policiers, il y avait entre autres agents en uniforme, les militaires et les douaniers.

Tableau 17 : Pourcentage des populations les plus à risque ayant répondu correctement aux cinq questions

Catégories	Nombre de personnes interrogées ayant répondu correctement aux cinq questions	Nombre de personnes incluses dans l'échantillon	Pourcentage
Policiers	68	150	45%

Source : SSG CONAKRY 2009

Toutes ces valeurs indiquent que plusieurs personnes ignorent encore les bonnes informations sur le VIH et le sida. Cette situation est semblable à celle trouvée au sein des PS (4,3%), les miniers (18,6%), les hommes en uniformes (24,8%) et les pêcheurs en 2007 (ESCOMB 2007). Une nouvelle ESCOMB est requise pour plus d'informations relatives aux dites populations afin de trouver des solutions adéquates et adaptées.

Indicateur 15

Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans par genre et par âge

En l'absence d'enquêtes nationales démographiques et de santé ou de surveillance comportementale et biologique indiquées pour la circonstance, une étude CAP faite dans la zone d'intervention de la GTZ (régions administratives de Faranah, Mamou et Labé) sur un échantillon de 1 514 jeunes a permis d'alimenter cet indicateur.

La précocité des rapports sexuels est définie comme le début du premier rapport avant 15 ans. L'étude indique qu'en 2009, 26 % [23.34-29.74] des jeunes interrogés affirmaient avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans. Cette proportion est de 45% [37.78-53.23] en milieu rural et de 21% [17.80-24.54] en milieu urbain. Ainsi, la proportion de jeunes qui a eu des rapports sexuels avant 15 ans est significativement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain.

Cet indicateur a été mesuré pour les mêmes sites en 2007 et 2008. La comparaison de leurs valeurs est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 18 : Evolution des résultats sur les rapports sexuels avant 15 ans chez les jeunes de 15 à 24 ans dans la zone PSS/GTZ lors des enquêtes CAP de 2007, 2008 et 2009

Indicateurs	Année 2007	Année 2008	Année 2009		
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Ensemble des sites
% de rapport sexuel avant 15 ans	34% (n=940)	43% (n=346)	21% (n=1.177)	45% (n=337)	26% (n=1.514)

Source : Etude CAP PSS/GTZ

Il résulte de cette étude qu'en :

- milieu urbain, la proportion de jeunes qui affirme avoir eu le premier rapport sexuel avant 15 ans a diminué de façon significative entre 2007 et 2009. elle est de 34% [34.10-38.87] contre 21% [17.80-24.54] ;
- milieu rural, cette proportion a augmenté mais pas de façon significative entre 2008 et 2009 : 43% [35.36-50.51] et 45% [37.78-53.23] respectivement.

La distribution par genre en 2009 indique que 25% des garçons et 29,3% des filles ont eu des rapports sexuels précoces (voir tableau 19).

Selon l'ESCOMB 2007, le score de cet indicateur est de 55,7% dont 1 garçon sur 2 (50%) et 3 filles sur 5 (60%) au niveau national. Les résultats par région, fournis par cette enquête montrent la situation suivante pour la Haute et Moyenne Guinée.

- Haute Guinée : - garçons : 30,9% - filles : 64,9% - ensemble : 46,9% (Faranah comprise)
- Moyenne Guinée : - garçons : 42,6% - filles : 43,5% - ensemble : 42,9% (Mamou et Labé comprise)

L'analyse comparée des enquêtes de 2007 et de 2009 montre une nette diminution des jeunes qui ont des rapports sexuels précoces. Ce qui traduit une amélioration des comportements à risque de cette tranche de la population face au VIH.

Tableau n° 19 : Pourcentage par genre et par âge des jeunes de 15 à 24 ans ayant des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans

Catégories	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Nombre total de personnes interrogées âgées de 15-24 ans	Pourcentage
Genre			
Garçons	251	1.006	24,95%
Filles	149	508	29,33%
Groupes d'âges			
15-19	259	698	37,10%
20-24	141	816	17,27%
Ensemble	400	1.514	26,42%

Source : Etude CAP PSS/GTZ

Indicateur 16

Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents

La fidélité dans les relations sexuelles entre deux partenaires avertis est nécessaire pour le maintien de son statut séronégatif au VIH. La tranche d'âge 15 à 49 ans est la plus active de la vie sexuelle des hommes et des femmes et subséquemment exposée aux multiples facteurs de risques de contraction des IST, particulièrement le VIH. L'acquisition des connaissances doit contribuer à acquérir une attitude positive dans la prise de précaution et orienter des comportements à moindre risque face à l'infection au VIH chez les partenaires sexuels. Durant la période 2008-2009, il n'y a pas eu d'enquête d'envergure nationale. Néanmoins, l'enquête SSG Corridor Boké 2009, effectuée dans la région de Boké (Basse Guinée), montre que 22% des populations attenantes des carrières de mines ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents.

De plus, dans la région de Conakry, l'enquête SSG Conakry menée auprès des enseignants (d'âge compris entre 18 et plus et 57 ans), des marchands (d'âge compris entre 15 ans et plus et 47 ans) montre que 28% des enseignants, ainsi que des marchands ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un (ou des) partenaires non réguliers au cours des douze derniers mois précédents.

Pour le même indicateur, l'EDSGIII 2005 avait montré que le pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents était de 7,8%. De façon générale, on est tenté de penser que l'aptitude des populations vis-à-vis des risques de transmission du VIH n'a pas significativement évolué durant près d'une décennie. Ce qui pourrait traduire la persistance de comportements à risques dans la population générale.

 **Promotion de l'utilisation du préservatif masculin et féminin**

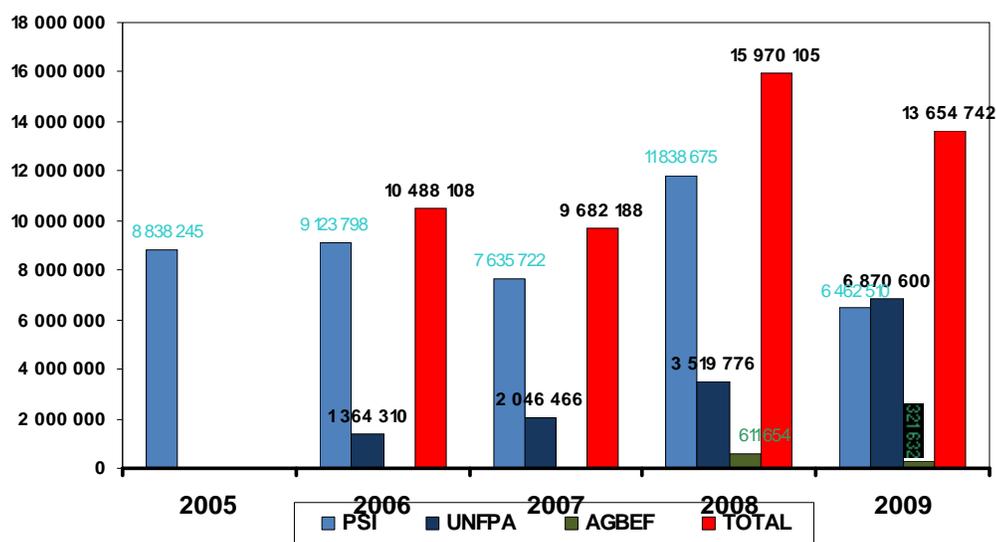
L'utilisation du préservatif par les partenaires lors des contacts sexuels est une composante essentielle de prévention des IST/VIH. Sur le terrain, plusieurs acteurs nationaux et internationaux assurent l'approvisionnement de la population en général et les groupes spécifiques (PS, routiers, miniers, pêcheurs, hommes en uniforme) en particulier. Des activités de promotion de l'utilisation du préservatif sont mises en œuvre par les pairs éducateurs de plusieurs ONG internationales (PSI, GTZ, USI, WAFRICA) et locales (AGBEF, SIDALERTE, ASFEGMASSI, APRODI, ASG, FGM, AFA, etc.) en éducation sexuelle informelle sur le port correct du préservatif. Les préservatifs sont distribués gratuitement ou vendus à un tarif accessible (entre 0,07 et 0,22 USD) dans les structures de santé et services communautaires. Les préservatifs sont aussi disponibles en vente dans les pharmacies privées et les étalagistes des lieux publics. La promotion de l'utilisation du préservatif relève essentiellement de la responsabilité du secteur socio éducatif impliquant plusieurs acteurs tels que les structures de santé à travers le MSHP/PNPCSP, PSI, UNFPA, AGBEF et les établissements d'enseignement.

En 2009, environ 13.654.742 préservatifs sont distribués soit 91% de l'objectif 2010 évalué à 15.000.000. Toute fois, ce résultat montre une baisse sensible de 14% de la quantité distribuée, comparativement à celle de 2008, chiffrée à 15.861.105 préservatifs. La disponibilité, la promotion et la distribution auprès des populations sexuellement actives sont des déterminants essentiels de l'utilisation de préservatifs.

Au titre des efforts déployés durant la période 2008-2009, on peut montrer entre autres, des réalisations de trois principaux acteurs ci après:

- **PSI** qui a fait une distribution/vente de 11.838.675 préservatifs masculins sur tout le territoire national en Guinée en 2008 contre 6.462.510 d'unités de préservatifs en 2009 ;
- **AGBEF** et ses antennes régionales qui ont distribué 611.654 pièces de préservatifs en 2008 contre 321.632 pour le premier semestre 2009 ;
- **UNFPA** en collaboration avec ses partenaires sur le terrain qui a distribué 6.870.600 préservatifs dont 17.000 préservatifs féminins au niveau national en 2009 et qui a appuyé la construction de 13 kiosques de distribution de préservatif masculins et féminins à Nzérékoré.

Graphique 10 : Tendances de la distribution des préservatifs masculins de 2005 à 2009 en Guinée (en milliers)



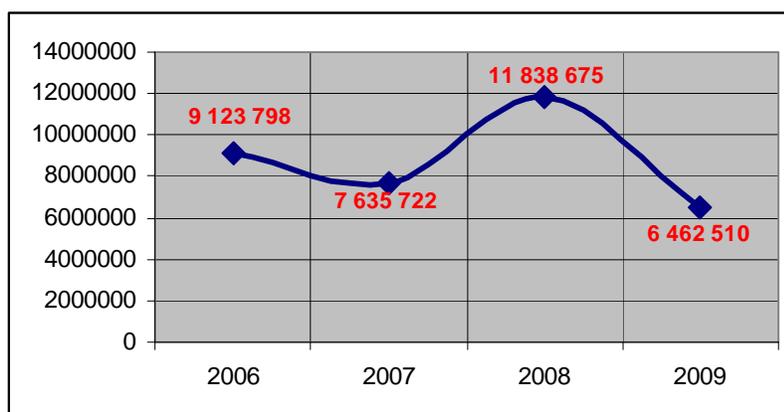
Source : PSI, UNFPA et AGBEF

Il convient de souligner que le nombre de préservatifs acquis par les populations au niveau des pharmacies, des étalagistes et autres sources d'approvisionnement non formalisées n'est pas négligeable, mais toujours difficile à mesurer à ce jour.

L'enquête CAP réalisée par la GTZ dans les régions de Mamou, Faranah et Labé a démontré que la proportion de jeunes de 15 à 24 ans qui affirme utiliser régulièrement le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels a été de 68% en 2007, 53% en 2008, et 56% en 2009.

L'examen du nombre de préservatifs vendus dans le cadre du marketing par PSI au cours des 4 dernières années illustre de façon représentative l'évolution de la distribution des préservatifs au niveau national (Graphique 11)

Graphique 11 : Evolution du nombre de préservatifs distribués par le programme de marketing social de PSI de 2006 à 2009



Indicateur 17

Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

L'utilisation correcte du préservatif lors des rapports sexuels protège efficacement contre le passage du VIH d'un individu à un autre. C'est une importante mesure, particulièrement pour des personnes ayant des partenaires sexuels multiples. Pour mesurer les progrès réalisés dans la prévention de l'exposition au VIH lors des rapports sexuels non protégés, la SSG 2009 (corridor de Boké) a révélé que chez 171 individus ayant déclarés avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 30 seulement ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, soit 18%. Il a été rapporté au niveau national en 2005, que cette proportion est 31% soit près de 1 adulte sur 3.

Si les résultats de la prochaine EDSC prévue en 2011 ressemblaient aux variations importantes constatées entre les régions de Boké et de Conakry, on pourrait s'inquiéter de l'émergence de comportements qui va à son tour influencer la dynamique de l'épidémie de VIH dans le pays.

Indicateur 18

Pourcentage de PS déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

La Guinée est parmi les pays qui ont une prévalence générale faible (1,5%) avec une situation épidémique remarquable chez les populations les plus à risque, notamment chez les PS qui présentent une séroprévalence 17 fois plus élevée que celle de la population générale, soit 34% (ESCOMB 2007). Des actions ciblées de proximité et permanentes en

direction des PS, peuvent amener ces dernières à utiliser le préservatif ou faire utiliser par les clients lors des rapports sexuels, ce qui contribuerait à réduire le risque de transmission de VIH.

Pour la période 2008-2009, l'enquête de surveillance sentinelle de seconde génération du corridor de Boké réalisée en 2009 (Basse Guinée) a été utilisée. Elle montre que 65% des PS ont déclaré avoir utilisé le préservatif avec leur dernier partenaire payant. Cette proportion était en 2007 de 99,8% pour les PS de l'ensemble du pays. Pour la Basse Guinée (Région de Boké comprise), toutes les PS (100%) ont répondu « oui » à la question (ESCOMB 2007). Vu que la moyenne nationale se confond presque à celle de la Basse Guinée en 2007, la tendance est nettement à la baisse, chutant de 100% à 65%, soit 35% de réduction.

La répartition des PS selon l'âge est la suivante :

Tableau 20 : Pourcentage de PS déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Groupes d'âges	Nombre de PS interrogées ayant déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Nombre total de PS	Pourcentage
< 25 ans	38	45	84,44%
25 ans et +	13	33	39,39%
Ensemble	51	78	65,38%

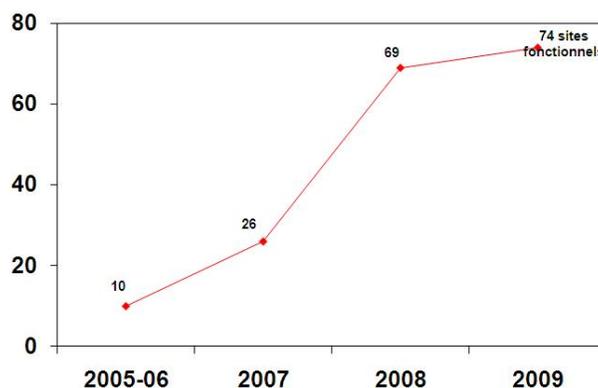
Les résultats figurant dans le tableau ci-dessus indiquent un écart inquiétant entre jeunes PS et PS âgées, soit 45%. Ceci dit, plus une PS est âgée, moins elle utilise le préservatif avec ses clients et par conséquent le risque auquel elle s'expose ou expose ses clients est plus grand.

La baisse du niveau des financements en 2008 et la quasi absence de financement de projets (interventions) vers les PS en 2009 pourrait expliquer cette situation. Egalement, les interventions violentes des forces de l'ordre en 2008-2009, dirigées contre les maisons des PS et les lieux de rencontre avec leurs clients, ont certainement perturbées quelques projets et interventions ciblant les PS.

Dépistage volontaire et anonyme du VIH

Des efforts significatifs sont mobilisés par le gouvernement et ses partenaires bi et multilatéraux, les ONG nationales et internationales pour offrir les services de CDV au niveau central et périphérique. Sur les 38 districts sanitaires que compte le pays, 36 (soit 95%), ont au moins un CDV qu'il soit fonctionnel ou non. Parmi les 83 CDV que comptent le pays, 9 sites ne sont pas fonctionnels pour des raisons diverses.

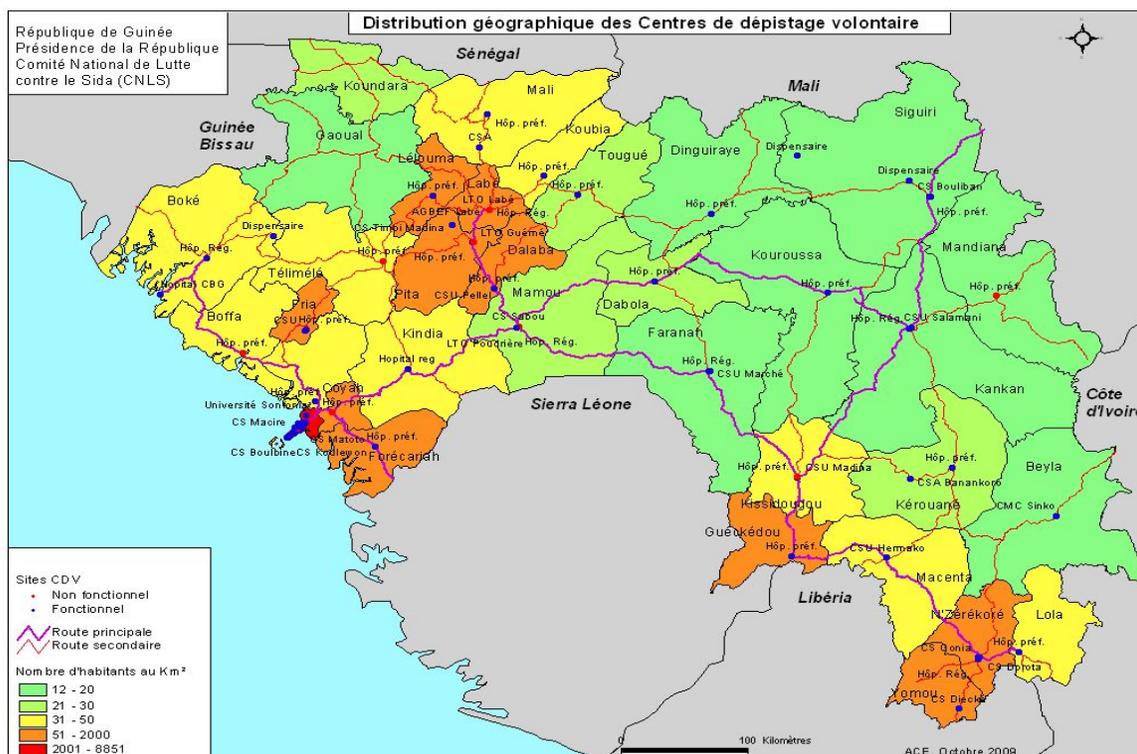
Graphique 12: Evolution du nombre de sites CDV fonctionnels de 2005 à 2009 en Guinée



Source : SE/CNLS, CSN 2008-2012 et cartographie des offres de services

La répartition géographique des CDV est présentée dans la carte ci-dessous :

Carte 3 : Carte des sites CDV en 2009 sur l'ensemble du territoire national en Guinée



Indicateur 7

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat

A défaut d'une enquête de couverture nationale de type EDSCG, les données proviennent d'une analyse faite sur une enquête effectuée dans la région de Boké (Enquête SSG Corridor Boké).

Tableau n° 21 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat

Nombre répondants de 15 à 49 ans ayant subi le test VIH et qui en connaissent le résultat	Nombre total des répondants de 15 à 49 ans	Pourcentage
131	795	3,9%

Dans le corridor de Boké, sur un échantillon de 795 individus issus de la population attenante des mines 3,9% ont subi un test VIH dans les douze derniers mois et connaissent le résultat (voir tableau 21). Selon l'EDSCGIII 2005, ce score était de 1,5% au sein de la population générale et 3,8% au sein de la région de Boké avec moins de femmes (1,9%) que d'hommes (7,8%). Les résultats de ces deux enquêtes pour la région de Boké montrent qu'ils restent presque invariables. Ce qui traduit une faible utilisation des CDV, malgré l'accroissement de leur nombre ces 5 dernières années.

Indicateur 8**Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat**

Les données utilisées pour cet indicateur proviennent de l'étude SSG Conakry 2009 pour ce qui est des policiers. Pour les PS des données de 2008-2009 ne sont pas disponibles.

En 2009, 146 policiers ont effectués un dépistage volontaire du VIH à Conakry. Parmi eux, 40,4% connaissent leur résultat (Enquête SSG Conakry). Les résultats du tableau 22 montrent que les moins de 25 ans sont mieux informés de leur statut sérologique.

Tableau 22 : Pourcentage des policiers (PL) ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat par groupe d'âges

Groupes d'âges	Nombre de policiers ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Nombre de PL inclus dans l'échantillon	Pourcentage
Moins de 25 ans	22	53	41,51%
25 ans et plus	37	93	39,78%
TOTAL	59	146	40,41%

Source : SSG CONAKRY

Le tableau 23 indique que la valeur de l'indicateur pour l'année 2007 en ce qui concerne les hommes en uniforme (policiers compris) n'affiche pas d'évolution significative, soit 41,0%.

Tableau 23 : Pourcentage parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat par catégorie

Catégories	Nombre de personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Nombre de personnes incluses dans l'échantillon	Pourcentage
PS	352	605	58,2%
Hommes en uniforme	877	2.138	41,0%
Miniers	296	1.198	24,7%
Pêcheurs	17	604	2,8%
Routiers	114	601	19,0%

Source : ESCOMB 2007

Pour l'étude de 2007, le résultat selon l'âge présenté dans le tableau 24 indique un pourcentage plus élevé chez les PS âgées de moins de 25 ans pour lesquelles il est de 65,4%.

Tableau 24 : Pourcentage des PS ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat par groupe d'âges

Groupes d'âges	Nombre de PS ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Nombre de PS incluses dans l'échantillon	Pourcentage
Moins de 25 ans	146	290	50,34%
25 ans et plus	206	315	65,40%
Total	352	605	58,2%

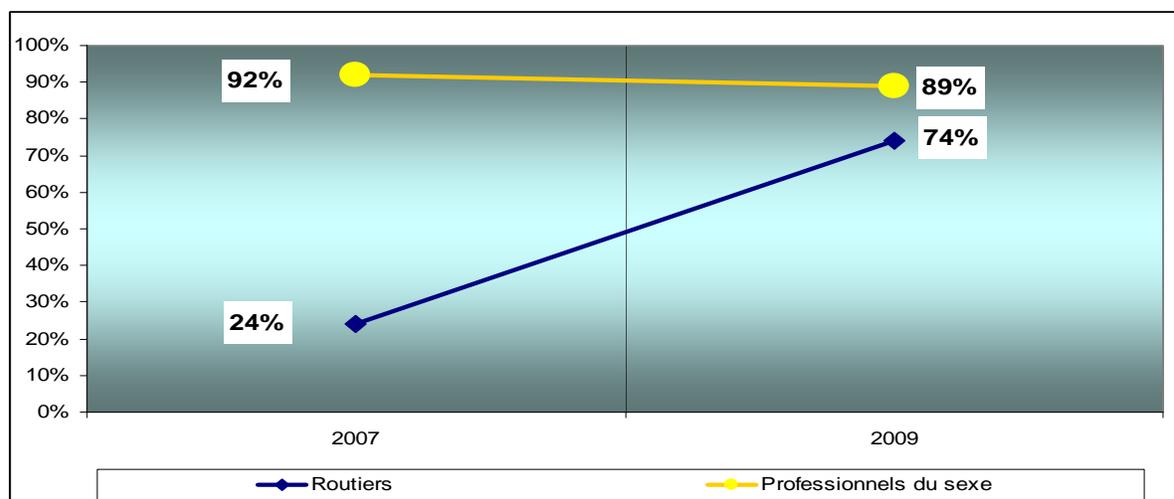
Source : ESCOMB 2007

Indicateur 9**Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre**

Pour être considéré comme atteint par les programmes de prévention selon la directive d'élaboration du rapport UNGASS 2010, l'interviewé devait répondre par « oui » à la fois aux deux questions suivantes : i) Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ? ii) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous obtenu des préservatifs ? Mais, l'enquête faite en 2008 dans le Corridor de Boké a posé différemment la question pour dénombrer les personnes touchées par les interventions. A été considérée comme exposé aux interventions préventives, toute personne qui répondrait oui à la question : avez entendu ou vu des messages sur les IST/VIH/sida pendant ces 6 derniers mois ?

Les résultats trouvés dans le graphique 13 indiquent que 89% des PS et 74% des routiers ont entendu ou vu des messages sur les IST/VIH pendant ces 6 derniers mois.

Graphique 13: Evolution du pourcentage des populations les plus à risque que les programmes de prévention parviennent à atteindre



Source : Etude SSG Corridor Boké/ ESCOMB 2007

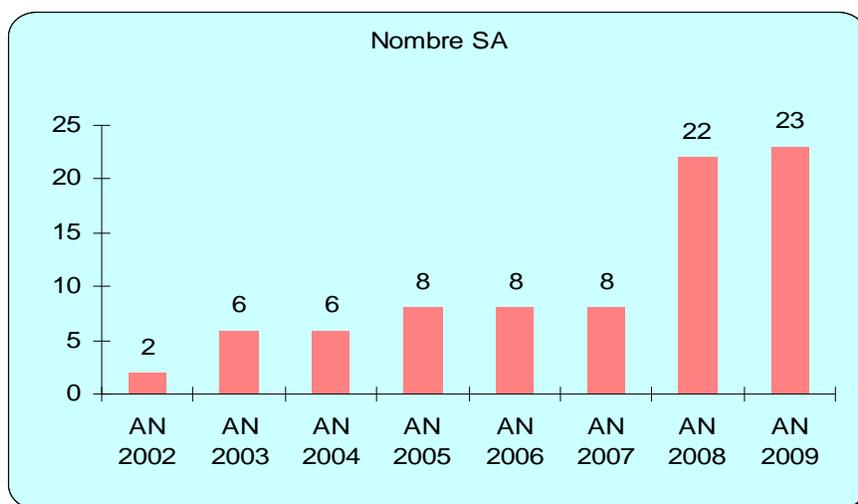
Pour les autres catégories de populations les plus à risque cet indicateur n'a pas été mesuré.

🚑 Diagnostic précoce et traitement des IST

L'approche de la prise en charge syndromique des IST a été privilégiée en 2008-2009 comme les années précédentes. Un effort a été particulièrement mis pour réduire la transmission sexuelle à travers les populations passerelles notamment les professionnelles du sexe.

Ainsi, ces dernières années, 23 établissements de santé ont intégré des services adaptés (SA) au sein de leur structure. Le nombre de SA a linéairement augmenté depuis 2002 comme le montre le graphique 14.

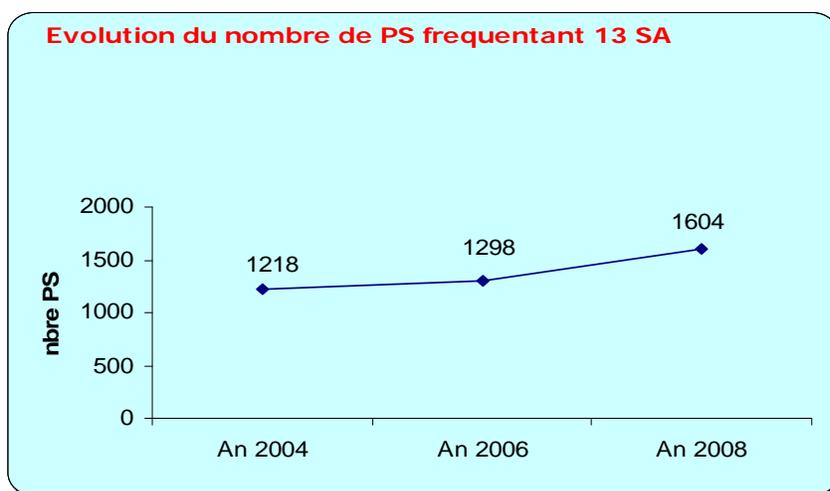
Graphique 14 : Evolution du nombre de SA



Mais à ce jour, par la baisse des financements dans la prévention notamment par la fin du projet Sida 3 et du Projet Multisectoriel de lutte contre le Sida (PMS/Banque Mondiale), plusieurs de ces SA ne fonctionnent pas.

Le nombre de PS qui fréquente les SA a augmenté régulièrement au fil des années. Le graphique 15 montre le nombre de PS enregistrés dans 13 SA.

Graphique 15: Evolution du nombre de PS fréquentant 13 SA



✚ Réduction des risques de transmission par voie sanguine

Indicateur 3 Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH

Les données proviennent du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Un grand effort a été enregistré pour améliorer le score de cet indicateur par rapport à 2007.

Le risque de transmission du VIH par voie sanguine est fortement minimisé. En effet, l'ensemble des dons de sang reçus en 2008 et en 2009 ont été testés selon les normes de qualité requises comme l'indique le tableau ci-dessous. Cependant, si le contrôle de qualité

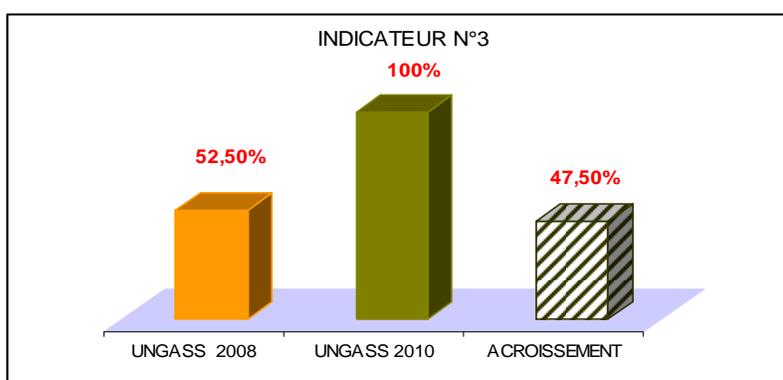
interne a été assuré pour tous les services qui fournissent le sang, le contrôle externe n'a pu se réaliser durant la période 2008-2009.

Tableau 25 : Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH

Année	Nombre total d'unités provenant de dons	Nombre d'unités de sang ayant fait l'objet d'un dépistage de qualité	Pourcentage
2008	21.128	21.128	100%
2009	22.015	22.015	100%

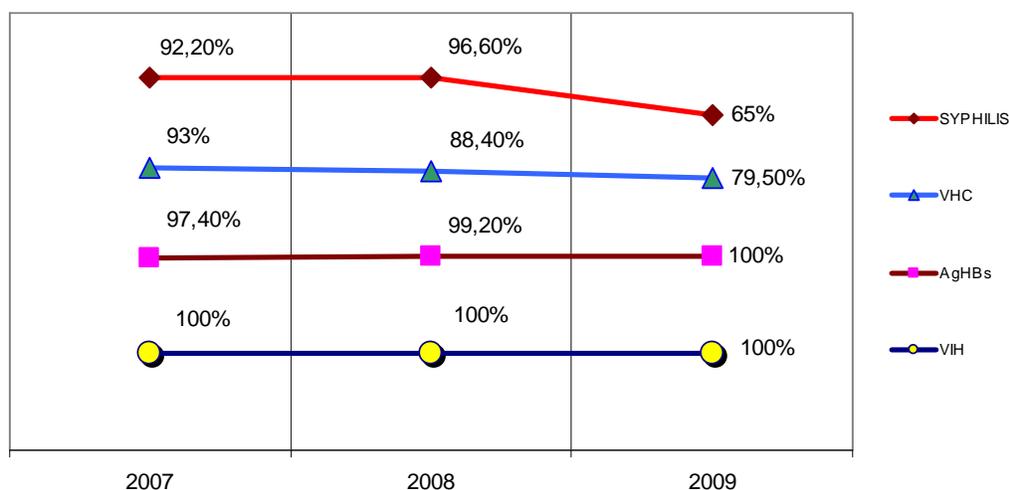
Les résultats de la période 2008-2009 montrent un progrès net par rapport à celui présenté dans UNGASS 2008, allant de 52,5 % en 2007 à 100% en 2009, soit une progression de 47,5% sous réserve d'absence de contrôle externe (voir graphique 13).

Graphique 16 : Evolution de l'indicateur UNGASS entre 2007 et 2009



Cependant, pour les autres infections transmissibles par transfusion sanguine, la procédure n'a pas été respectée dans tous les cas. En effet, la rupture de stock des réactifs a empêché à certaines périodes d'effectuer les tests de dépistage de la syphilis ou des antigènes HBS ou VHC. Concernant le dépistage de la syphilis, seulement 99,6% et 65% des dons de sangs ont été testés respectivement en 2008 et 2009. En 2008, 99,2% des dons ont été testés au HBS contre 100% en 2009. Pour l'antigène VHC, 88,4% des dons ont subi ce test en 2008 contre 79.5% en 2009.

Graphique 17 : Evolution des proportions de dons de sang testés selon les qualités requises



✚ Transmission du VIH en milieu de soins

Le manque de notification des cas d'accidents en milieu de soins ne permet pas d'avoir une visibilité sur le niveau de transmission des infections par cette voie.

Cependant, une évaluation faite par le PNPCSP en 2008 a révélé que la quasi-totalité des formations sanitaires du pays effectueraient des injections thérapeutiques avec du matériel neuf, jetable et à usage unique. Mais, seulement 7% d'entre elles dispensent sur place des services de prophylaxie post exposition (PPE).

En 2009, le MSHP grâce aux concours financier du Fonds Mondial a effectué la formation de 80 prestataires des structures publiques, privées et associatives en prophylaxie post exposition. Cependant, les structures participantes de ces sessions de formation n'ont pas bénéficié de kits de PPE.

✚ Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

Indicateur 5

Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant

Les données de cette section proviennent des structures sanitaires intégrant la PTME rapportées par le PNPCSP.

En 2009, les estimations OMS/ONUSIDA indiquent que 5.500 femmes ont besoin de thérapie anti rétrovirale. Selon le PNPCSP, à la fin du mois de décembre 2009, seulement 783 femmes ont reçues un traitement prophylactique ARV, soit 14,24%.

Cette valeur n'est pas comparable à celle trouvée dans le rapport UNGASS 2008 à cause de la différence des dénominateurs. Celui de 2008 a été mesuré par rapport au nombre de femmes dépistées VIH+ par le programme PTME alors que celui de 2010 l'a été par rapport au nombre ayant besoin de thérapie ART, conformément aux directives UNGASS2010.

Les performances du programme PTME durant les 4 dernières années sont résumées dans le tableau 26.

Tableau 26 : Résultats PTME de 2006 à 2009

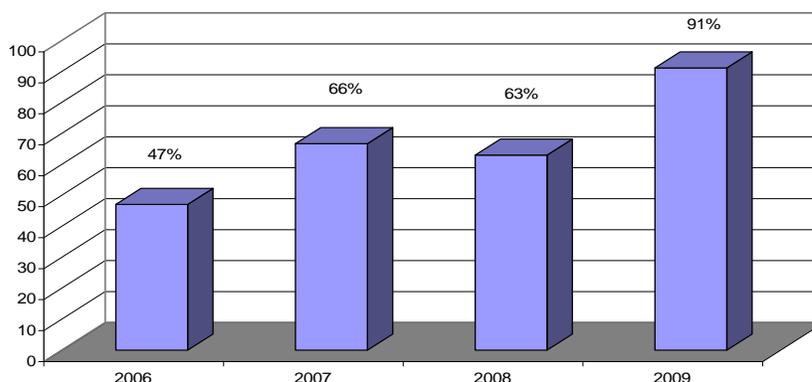
Activités	Années			
	2006	2007	2008	2009
Femmes enceintes conseillées	22.457	62.087	47.786	40.155
Femmes enceintes testées	17.644	47.621	34.433	39.893
Femmes enceintes séropositives	599	1.722	1.033	860
Femmes enceintes sous ARV	281	1.145	652	783
Enfants sous ARV prophylactique	182	482	266	231

Source : Rapport PNPCSP 2008 ; Rapport PNPCSP 2009

L'analyse du tableau 26 permet de dégager qu'au sein des structures qui ont intégré la PTME, il y a une amélioration significative du suivi des femmes. En effet, parmi les femmes enrôlées par la PTME et ayant un statut positif au VIH, le nombre de perdues diminue

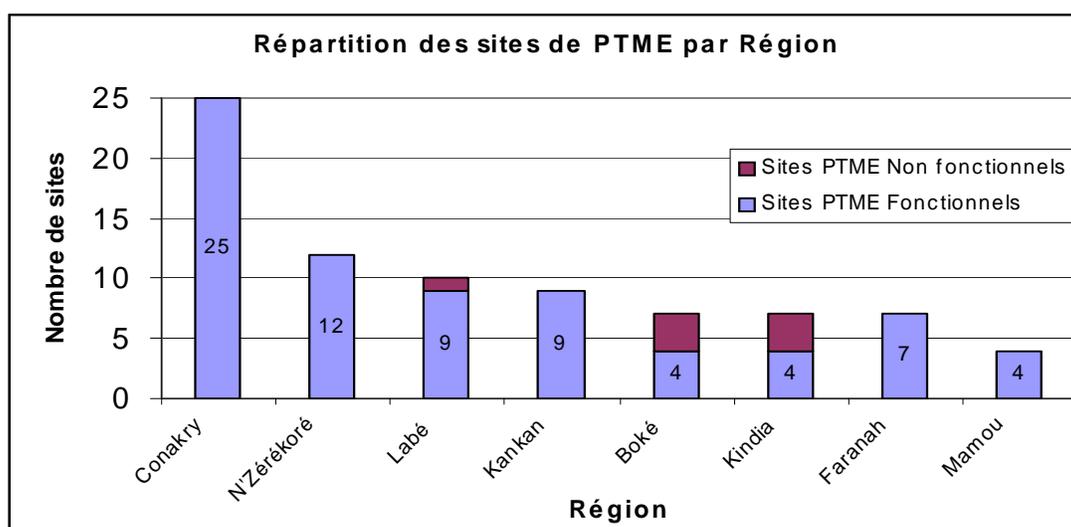
progressivement au fil des ans. En fin décembre 2009, la quasi-totalité des femmes testées positives au sein du programme PTME sont prises en charge (graphique 18).

Graphique 18 : Evolution du pourcentage des femmes testées VIH+ et mises sous ARV



Les résultats de l'étude sur la cartographie des offres de services montrent un total de 81 sites PTME en 2009 contre 62 en 2008 et 44 en 2007. Parmi ces sites, 74 sont fonctionnels et la ville de Conakry abrite environ 34% d'entre eux tandis que la région de Mamou disposerait seulement quatre et celles de Boké et de Kindia abriteraient un site fonctionnel sur deux.

Graphique 19 : Répartition des sites PTME par région administrative en 2009



Source : SE/CNLS, cartographie des offres de services (novembre 2009)

Indicateur 25

Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH

Le logiciel spectrum a servi d'instrument pour mesurer cet indicateur.

Tableau 27 : Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH

Nombre estimé de nouveaux cas d'enfants infectés	Nombre estimé de femmes enceintes ayant besoin ARV	Pourcentage
1.214	5.500	22,07%

Ce score est inférieur à la cible nationale de 25% que le pays s'est fixé en 2008 dans le CSN 2008-2012.

Cependant il indique que des efforts restent à fournir pour améliorer la protection des enfants contre le VIH.

Par exemple, en 2009, parmi les enfants nés de mères infectées par le VIH, 88% (231/ 264) ont bénéficié d'une PEC prophylactique ARV contre 78% en 2008 et 73% en 2007.

Parmi les enfants qui ont reçu la prophylaxie ARV en 2009, 38 ont fait le test de dépistage à 18 mois de naissance avec environ 13 % de test positifs contre 12% en 2008. La répartition de cette proportion est variable selon les structures qui assurent ce service. La qualité de cette prise en charge doit être améliorée, puisque selon les normes de PTME, cette proportion varie entre 2 et 5%.

Axe stratégique 2 : Prise en charge médicale et nutritionnelle des PVVIH

Les 5 domaines de cet axe sont le renforcement des capacités des laboratoires pour la prise en charge (PEC) médicale des PVVIH, le renforcement de la prophylaxie et du traitement des infections opportunistes (IO), y compris la tuberculose (TB), le renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées, l'accroissement de l'implication du monde associatif et communautaire dans la PEC et le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH et le développement de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH.

Deux indicateurs concernent cet axe, le n°6 et le n°4.

✚ Renforcement de la prophylaxie et du traitement des infections opportunistes (IO), y compris la tuberculose (TB)

Indicateur 6

Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH

Les données qui ont permis d'alimenter cet indicateur proviennent du PNPCSP et du PNLAT.

L'incidence de la tuberculose est estimée à 287 pour.100 000 personnes en Guinée. Ainsi, il est attendu 28.443 cas de tuberculose par an. La prévalence du VIH chez les tuberculeux étant de 19% (en 2008), le nombre de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante est estimée à 5.404 par an.

En 2008, 478 personnes ont reçus à la fois un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH alors qu'en 2009 ce nombre est de 335.

Sur la base des données ci-dessus, 9% en 2008 et 6% en 2009 ont reçu un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH.

Le niveau de cet indicateur est faible au regard de l'importance de la co-infection TB/VIH. Cela peut être dû à la faiblesse de la collaboration entre le PNLAT et le PNPCSP.

Par ailleurs, il faut noter qu'une étude a été réalisée en 2008 par le centre antituberculeux (CAT) Carrière et l'ONG internationale Solthis sur le dépistage et la prise en charge du VIH dans le dit centre. Ce centre diagnostique la moitié des nouveaux cas de tuberculose (TB) du pays. Sur un total de 3.958 cas de TB, la séroprévalence était de 19,9%, soient 405 patients infectés par le VIH (dont 85% de VIH1). Les patients VIH+ étaient majoritairement des femmes (54,8%), et de la tranche d'âge 25-36 ans (61,4%).

✚ **Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autre thérapie validée**

Indicateur 4

Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous ARV

Sur les 5 domaines de l'axe prise en charge médicale et nutritionnelle des PVVIH, celui de l'accès au traitement a enregistré le progrès le plus remarquable. Le tableau 28 montre que sur une population ayant besoin d'ARV estimée en 2009 à 22.500 personnes, 14.999 sont sous ARV, soit 66,66%. Bien que la couverture soit globalement bonne, il faut cependant souligner qu'il y a des différences importantes par rapport à l'âge. En effet, la couverture est plus faible pour le moins de 15 ans que les autres. Seulement 42,13% des enfants bénéficient de traitement contre 68,54% des adultes.

Par rapport au genre, il faut noter que 68,98% des personnes sous ARV sont des femmes.

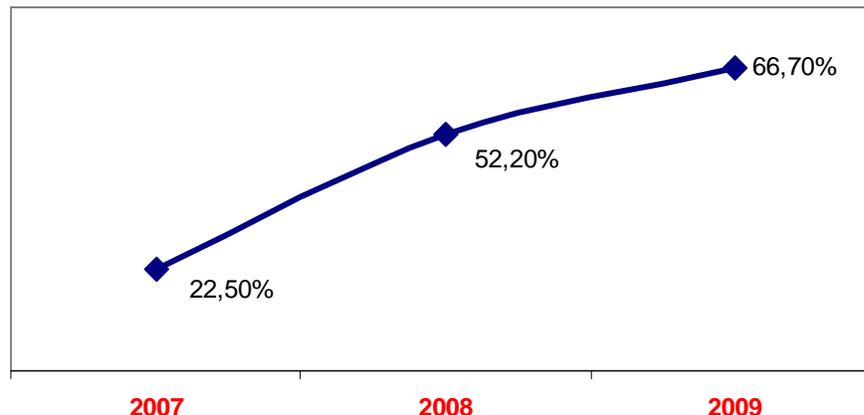
Tableau 28 : Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous ARV en décembre 2009

Catégories	Nombre d'adultes et d'enfants avec une infection VIH avancée bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale conformément au protocole de traitement approuvé sur le plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA)	Nombre estimé d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée	Pourcentage
Genre			
Hommes	5.850	9.236	63,34%
Femmes	9.149	13.264	68,98%
Groupe d'âges			
< 15 ans	674	1.600	42,13%
15 ans et +	14.325	20.900	68,54 %
Total	14.999	22.500	66,66%

Source : PNPCSP 2009

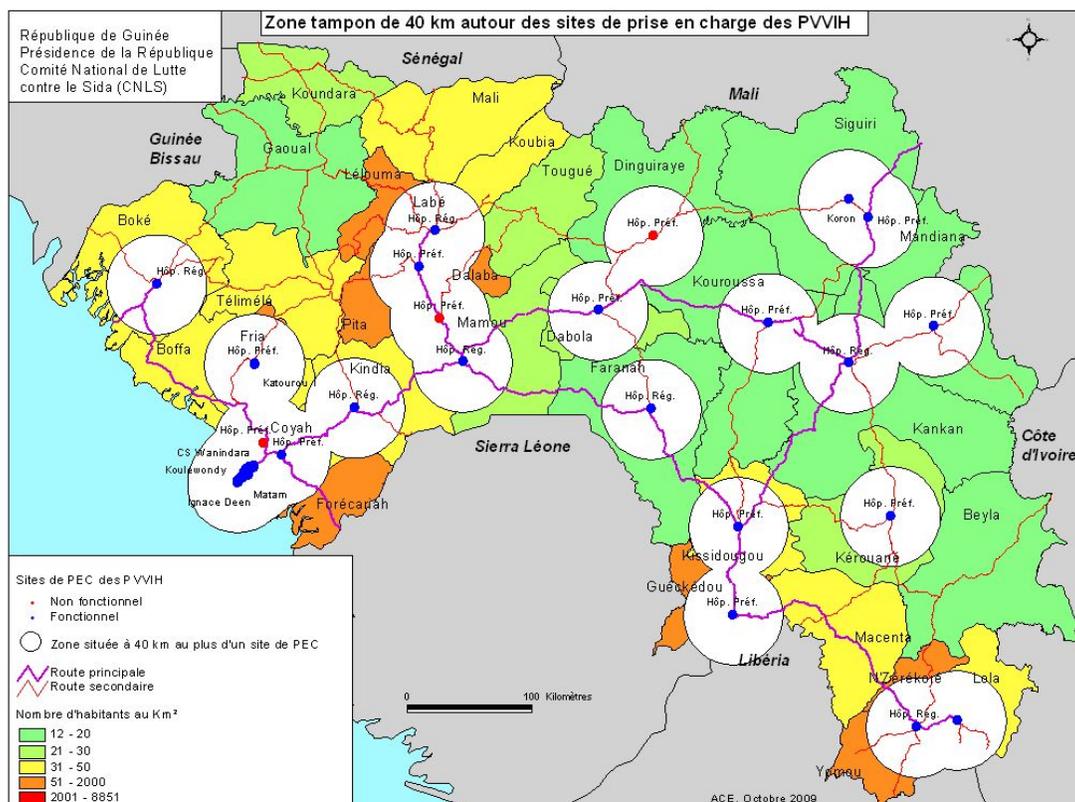
Comme l'indique le graphique 20, le pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous ARV suit une croissance régulière depuis 2007. Ce succès est tributaire de l'accroissement des ressources financières destinées à ce domaine qui a permis d'accélérer le passage à l'échelle et de l'introduction de la gratuité des ARV.

Graphique 20 Evolution de la couverture en ARV



La répartition des sites est présentée dans la carte 4, ci-dessous :

Carte 4: Sites de prise en charge



Pour la prise en charge et suivi thérapeutique des PVIH, la Guinée dispose à ce effet quarante six (46) structures sanitaires abritant les sites de prise en charge et suivi-ARV (en 2009) de niveaux central, régional et périphérique, contre 33 en 2008, 22 en 2007 et 11 en 2006. Parmi elles, trois ne sont pas fonctionnelles par manque d'intrants.

La carte 4 permet de constater que le lot de sites le plus important est concentré sur Conakry, la capitale. Environ 75% des PVIH sont prises en charge dans les sites de Conakry contre 20% dans les hôpitaux régionaux. Les autres (5%) sont prises en charge dans les hôpitaux de 10 districts sanitaires sur 33 que compte le pays, d'où nécessité d'accélérer et de poursuivre le processus de décentralisation effective de la PEC.

Indicateur 24 Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale

Les données de cet indicateur ont été tirées du rapport d'accès universel 2008. La période concerne les adultes et les enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement en 2008 (12 derniers mois précédents ce rapport) après le début de la thérapie antirétrovirale en 2007. La valeur calculée est de 78%. Cet indicateur a été calculé pour une cohorte de 428 personnes.

Tableau 29 : Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale

Catégories	Nombre d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral entre janvier à décembre 2008	Pourcentage
Genre			
Hommes	101	135	75%
Femmes	231	293	79%
Groupe d'âges			
< 15 ans	4	21	19%
15 ans et +	328	407	81%
Total	332	428	78%

Source : PNPCSP 2008

Il ressort du tableau 29 que la survie des adultes est de loin supérieure à celle des enfants. Par contre, il existe peu de différence entre les hommes et les femmes.

Par ailleurs, en Guinée, près de 95% des PVVIH sont soumises à la première ligne de traitement recommandée par l'OMS.

Indicateur 22

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH

Les données relatives à cet indicateur ont été recueillies à partir d'une enquête faite sur de sites sentinelles en 2008. Cette enquête a ciblé 27 sites au total situés dans les régions de la première enquête nationale de surveillance sentinelle (Conakry, Mamou, Labé, Kankan et N'Zérékoré) effectuée en 2004 et les autres régions restantes (Boké, Kindia et de Faranah).

Ainsi, sur un total de 3.774 échantillons recueillis, les tests ont relevés 131 cas de positivité du VIH, soit une prévalence médiane de 3,4% (voir tableau 30).

Tableau 30 : Nombre de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans infectés par le VIH

Nombre de personnes dont le test est positif pour le VIH	Nombre de personnes ayant subi le test	Pourcentage
131	3.774	3,47%

Source : ENSS 2008

Cependant, il faut souligner que cette étude sentinelle a touchée une tranche comprise entre 13 et 50 ans pour un effectif de 7.502 femmes parmi lesquelles les tests ont relevés 255 cas de positivité du VIH, soit une prévalence médiane de 2,5%.

Les résultats de cette enquête ont été analysés selon la distribution géographique (région, CS, milieu rural versus urbain) et selon les caractéristiques sociodémographiques des sujets enquêtés.

Par rapport à l'âge, deux tranches d'âge ont été retenues : les moins de 25 ans et les 25 ans et plus. Il a été trouvé que la prévalence du VIH est la même pour les 2 tranches : 3,4% (voir tableau n°31).

Tableau 31 : Nombre de femmes infectées par le VIH dans les sites sentinelles

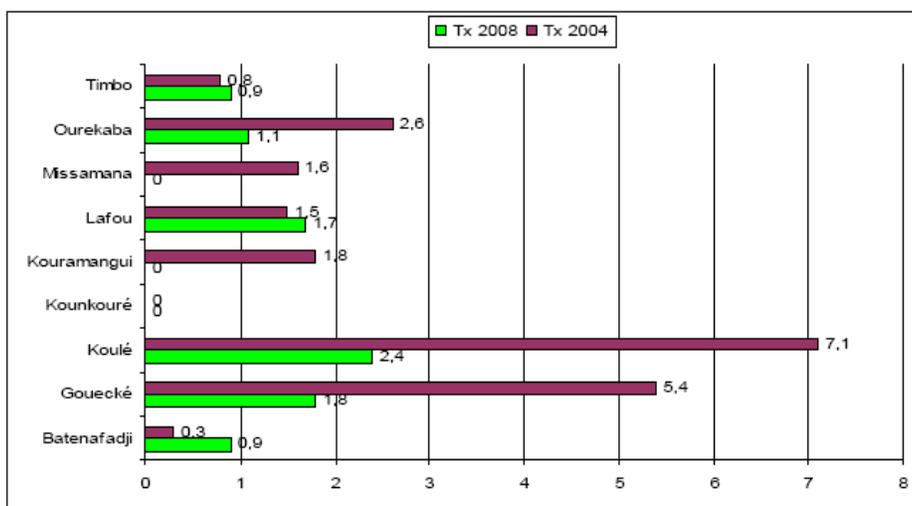
Groupes d'âges	Nombre de personnes dont le test est positif pour le VIH	Nombre de personnes ayant subi le test
< 25 ans	131	3.774
25 ans et +	124	3.478
Ensemble	255	7502

Source : ENSS 2008

La distribution régionale de la prévalence du VIH montre qu'elle oscille entre 5,7 à Conakry et 0,94 pour la région de Kankan. Aussi, hormis la région de Kankan qui représente la valeur planchée, l'enquête montre que dans toutes les autres régions les prévalences relevées sont supérieures à 1% (Conakry : 5,73 ; Kindia : 4,19 ; Nzérékoré : 3,13 ; Boké : 2,76 ; Labé : 2,48 ; Faranah : 1,98 ; Mamou : 1,16 et Kankan : 0,94).

La comparaison des résultats avec la dernière enquête (graphique 21) montre que la médiane nationale de la prévalence est passée de 2,81% en 2004 (échantillon de 4520 femmes) à 2,53% en 2008 (échantillon de 7.503 femmes). Cependant, il faut noter que la mesure de la tendance de la médiane nationale peut être biaisée par le fait que le nombre de sites n'est pas le même entre les 2 enquêtes : 18 sites contre 27 sites. C'est pour quoi il faut comparer les résultats des sites retenus dans les 2 enquêtes. Ainsi, il a été constaté que la prévalence du VIH observée chez les femmes enceintes dans les centres de santé ruraux en 2004 et 2008 indique qu'elle a baissé dans 5 centres, a augmenté dans 3 et est resté stable dans un seul.

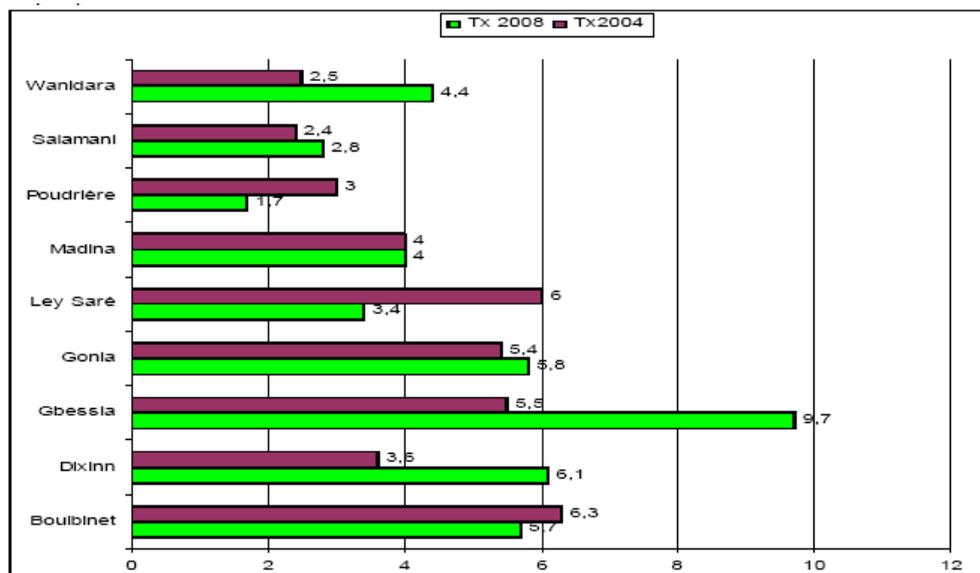
Graphique 21 : Prévalence du VIH dans les centres de santé ruraux en 2004 et 2008



Source : ENSS 2008

Par contre dans les centres de santé urbains, la tendance de la prévalence du VIH a connu une évolution à la hausse dans 5 sites sur 9 et une baisse dans 3 autres (graphique 22).

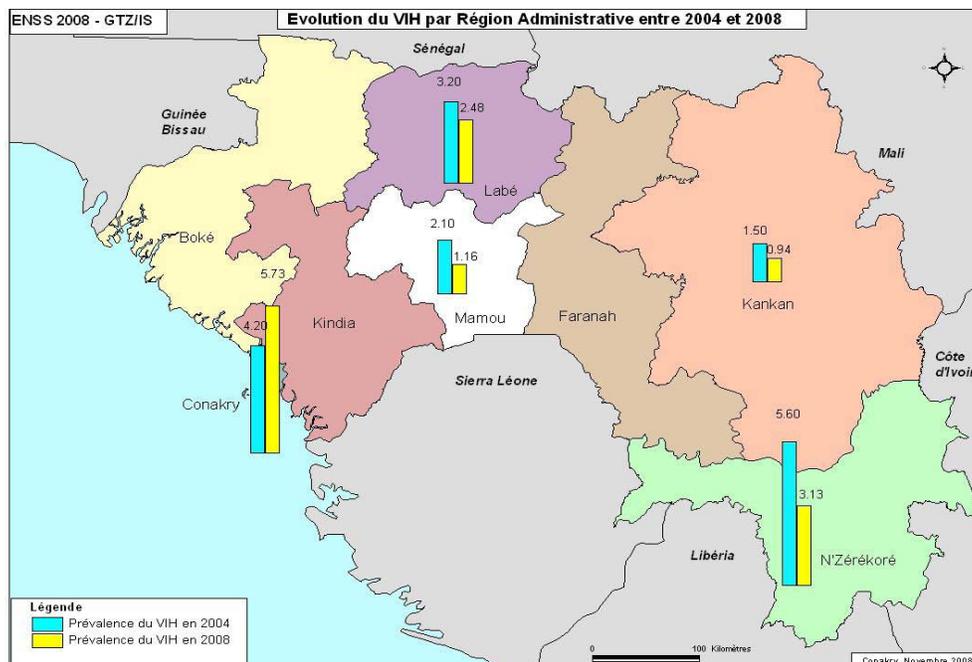
Graphique 22 : Prévalence du VIH dans les centres de santé urbains en 2004 et 2008



Source : ENSS 2008

Comme l'indique la carte 5, une tendance à la baisse de la prévalence du VIH dans toutes les régions à l'exception de celle de Conakry où un phénomène inverse est observée. Dans la région de Conakry, la prévalence du VIH est passée de 4,2% en 2004 à 5,73% en 2008.

Carte 5 : Evolution de la prévalence du VIH par région administrative en 2004 et 2008



Source : ENSS 2008

En ce qui concerne les séro-types, dans les deux enquêtes, la quasi totalité des échantillons positifs sont représentés par le VIH1. En 2004, le taux de VIH1 parmi les échantillons positifs

était de 94% alors qu'en 2008, cette proportion est de 98%. Les autres sero types sont dans des proportions plus faibles.

Tableau 32 : Distribution des séro-types de VIH selon les enquêtes de surveillance sentinelle de 2004 et de 2008

SERO TYPE	Nombre de cas positifs		Nombre de personnes ayant subi le test		Proportion	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
VIH 1	149	250	4.520	7.503	94%	98%
VIH 2	1	2			0,6%	0,8%
VIH 1-2	9	3			5,6%	1,1%
Ensemble	159	255	4.520	7.503	3,4%	3,51%

Axe stratégique 3 : Protection et soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH et autres groupes vulnérables

Indicateur 10

Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

Les lacunes du système d'information national tant au MSHP que dans d'autres services (SE/CNLS, MAFPFE, etc.) ne permettent pas de déterminer avec exactitude toutes les réalisations faites en faveur des OEV.

En 2009, sur 31.420 [22.760-41.940] enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (Estimations projection pays/Spectrum 2009), le nombre de ceux qui ont bénéficié d'appui s'élève à 5.190 soit 16,52%. Pour 2008, la valeur de l'indicateur est de 40,97% (12.291/30.000).

En dépit des insuffisances constatées, quelques résultats encourageant ont été enregistrés durant la période de 2009. Il s'agit entres de:

- l'appui de l'OMS à la formation de 15 membres de REGPA+ à l'accompagnement psychosociale et économique ;
- l'appui du PNUD au renforcement de capacité de 30 prestataires de santé de Conakry en matière de l'assistance psychosociale à travers une direction Communale de la Santé ;
- la formation par le PNPCSP des assistants sociaux en soutien psychosocial des PVVIH dans les centres de PEC et de CDV ;
- la scolarisation et le suivi de 4.440 OEV de moins de 15 ans ;
- la formation professionnelle de 150 OEV de plus de 15 ans en collaboration avec Ministère des Affaires Sociales de la Promotion Féminine et de l'Enfance;
- formation de 84 élus locaux et leaders communautaires et 70 Imams pour leur implication dans la riposte les IST/VIH/sida;
- la formation de 40 médiateurs communautaires sur la prévention du VIH ;
- le renforcement des capacités institutionnelles de REGAP+ et des associations de PVVIH, et la mise en place d'antennes régionales dans les 4 régions naturelles de la Guinée ;
- le renforcement de la politique nationale de protection des OEV, y compris les enfants infectés et affectés par le VIH ;
- la PEC de 1.000 OEV et 200 familles d'accueil pour l'accès aux besoins de bases et des services spécialisés (soins et soutien aux OEV et familles d'accueil);

- l'appui scolaire, nutritionnel, sanitaire, hygiénique et psychosocial à 12.291 ;
- l'appui à la mise en place de 10 AGR à Nzérékoré dont 3 maraichages et 7 saponifications pour les PVVIH et OEV.

Axe stratégique 4 : Gouvernance, partenariat, coordination et mobilisation des ressources

✚ Mise en application des « Trois Principe » directeurs

La mise en œuvre des « Trois principes » en Guinée a fait l'objet d'une revue durant deux (2) mois (septembre-octobre 2009) avec le concours technique et financier de l'Equipe Régionale d'Appui de l'ONUSIDA dans un cadre d'une évaluation de la mise en œuvre des « Trois Principes » dans dix neuf pays de l'Afrique de l'ouest et du Centre. L'étude a porté sur l'analyse de l'accès aux services de prévention, de soins et de prise en charge, du statut de la coordination et du leadership en Guinée, des questions d'harmonisation et d'alignement face à la riposte nationale et l'environnement global de la lutte.

De l'analyse des informations recueillies à travers une revue documentaire et des interviews semi structurées et individuelles auprès des responsables des institutions nationales et internationales, des acteurs de la société civile, du secteur privé et des syndicats, les constats suivants se sont dégagés :

Au niveau de la coordination et du leadership, des efforts sont déployés en Guinée pour asseoir une coordination efficace face à la riposte nationale au VIH : le CNLS et ses démembrements sont créés et le Groupe Thématique des Nations Unies sur le VIH/sida élargi aux bi et multilatéraux est mis en place. Toutefois, l'unanimité se dégage sur la faiblesse de la coordination face à la riposte au sida et sur l'absence d'un leadership confirmé. Plusieurs facteurs entravent l'efficacité et l'efficience du système de coordination à la riposte nationale. Ce sont entre autres, la mauvaise perception des rôles et responsabilités à différents niveaux de la coordination, le bicéphalisme au plus haut niveau de la sphère de prise de décision (SE/CNLS et MSHP d'une part, et SE/CNLS et CCM d'autre part), la faible capacité de mobilisation des ressources du SE/CNLS et la faible capacité de maîtrise des procédures par les acteurs de mise en œuvre.

Quant à l'harmonisation et l'alignement, le SE/CNLS et le CCM se sont impliqués pour amener les partenaires à ce principe, les biens et services acquis dans le cadre des programmes de riposte contre le sida sont exonérés, la Guinée a adhéré à l'initiative UNITAID et l'implication du secteur privé et de la société civile est de plus en plus effective. Toutefois, l'analyse a mis exergue une faible visibilité des mécanismes de gestion et de contrôle des ressources entraînant la méfiance des partenaires bi et multilatéraux, l'insuffisance de la coordination des financements et la méconnaissance des mécanismes de financement voire même celle des « Trois principes ».

Concernant l'accès aux services de prévention, de soins et de la prise en charge, des financements ont été mobilisés ces dernières années par l'ensemble des partenaires et le nombre de structures de prise en charge (PEC) est passé de 11 (en 2006) à 46 structures (en 2009). L'analyse montre cependant, le faible accès des PVVIH aux médicaments en dépit même de l'existence des réseaux d'ONG et d'associations de PVVIH dont l'un des rôles est le plaidoyer pour la disponibilité des produits pharmaceutiques. En dépit des interventions complémentaires de certains partenaires (UNICEF, DREAM, GTZ, MSF/Belgique), des disparités existent au niveau de la couverture géographique en matière de disponibilité de services de PEC. Ceux qui sont fonctionnels sont confrontés aux ruptures de médicaments et autres intrants par manque d'accompagnement financier interne (Etat). Le plan d'extension de la prise en charge quant à lui reste fortement assujetti au Fond Mondial.

La dynamique de la riposte au niveau national se heurte à un certain nombre de défis. Ils sont relatifs à (i)-l'appropriation effective par l'ensemble des intervenants, aux aspirations/objectifs fixés dans le cadre des « Trois Principes », (ii)-la mobilisation des fonds pour la mise en œuvre du CSN 2008-2012, (iii)-la coordination effective des interventions en matière de la riposte au sida, (iv)-l'engagement financier de l'Etat par la mise en place d'un budget conséquent, (v)-l'accès de tous les malades aux services, et (vi)- l'application des textes pour la défense des droits humains des PVVIH victimes de stigmatisation et de discrimination en famille, en milieu de travail, dans l'accès à l'emploi.

La revue de la mise en œuvre des « Trois Principes », recommande (i) d'avoir une instance de coordination forte, (ii) d'organiser la table ronde des bailleurs de fonds en faveur du CSN 2008-2012, (iii) de mettre en place un Forum National des partenaires (espace privilégié pour l'appropriation du CSN et de plaider en vue d'un alignement effectif de tous les partenaires), (iv) de mettre en place des mécanismes fiables de gouvernance gage certain d'une coordination nationale multisectorielle et d'un leadership réussi, et (v) de renforcer la décentralisation des services avec des ressources requises.

Axe stratégique 5 : Surveillance de l'épidémie, suivi et évaluation, communication stratégique et promotion de la recherche

Sur cet axe du CSN 2008-2012, c'est principalement quatre catégories de données qui sont ciblées par la Guinée: les données démographiques, les données épidémiologiques, les données programmatiques et les données financières.

Pour assurer un bon suivi/ évaluation de la riposte, un plan de suivi/évaluation a été élaboré. Mais pour des raisons multiples (instabilité socio-politique, corrélée par la mal gouvernance, le gel de fonds, la suspension des activités d'un certain nombre de partenaires) des défaillances ont été constatées dans sa mise en œuvre pour la période 2008-2009.

Dans la partie ci-dessous, est présenté l'état des réalisations en matière de surveillance épidémiologique des IST/VIH et des autres recherches

🚩 Surveillance épidémiologique

a) Surveillance du VIH

Bien que disposant d'un protocole pour la surveillance de deuxième génération, la Guinée n'a pas pu réaliser qu'une seule étude d'envergure nationale : ENSS 2008 pour alimenter les indicateurs de ce présent rapport UNGASS. Néanmoins, deux SSG de niveau régional ont été effectuées. Il s'agit de :

- l'enquête comportementale et biologique de la région de Boké, ciblant les PS, les routiers et les populations riveraines d'un projet minier de la région
- l'enquête de surveillance de seconde génération à Conakry ciblant les policiers, les marchands et les enseignants de la ville de Conakry.

b) Surveillance des IST

La surveillance des IST est basée sur la notification des cas syndromiques par les formations sanitaires qui transmettent les données collectées au SNIGS. Le dysfonctionnement de ce service n'a pas permis de disposer de données actuelles. Cependant, l'ENSS 2008 a permis de mettre à jour le niveau de prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes.

c) Surveillance comportementale

Aucune étude nationale (couvrant la période 2008-2009) sur le comportement vis-à-vis du VIH aussi bien de la population générale que des populations les plus à risque n'est disponible. Cependant, 3 études, bien que régionales ont servi pour les besoins de ce rapport. Ce sont :

- l'étude CAP chez les jeunes dans son la zone du projet PSS/GTZ
- l'enquête comportementale et biologique de la région de Boké
- l'enquête de surveillance de seconde génération à Conakry

✚ Etudes et recherches

D'autres recherches ont été faites dans la période de 2008-2009. il s'agit entre autres de :

- l'étude sur l'observance du traitement ARV ;
- l'étude sur le contrôle de qualité des résultats des tests de dépistage dans les CDV du pays ;
- l'étude sur la cartographie des risques, vulnérabilités, offres de services, des interventions et intervenants ;
- le recensement des sites de prostitution ;
- l'étude sur le commerce du sexe ;
- l'étude sur la discrimination et la stigmatisation vers les PVVIH ;
- l'évaluation de l'application des « Trois principes directeurs » en Guinée.

V – MEILLEURES PRATIQUES

✚ Enseignement du VIH à la faculté de médecine pharmacie odonto-stomatologie

La riposte contre l'épidémie du sida est une priorité en Guinée. C'est pourquoi pour donner une réponse appropriée à la lutte contre cette pandémie, l'approche de la lutte multisectorielle a été privilégiée. Ainsi, plusieurs départements, en plus de celui de la santé qui l'a intégré depuis 1987, ont élaboré des politiques sectorielles. C'est dans ce contexte national que le secteur de l'éducation en a élaboré la sienne. Dans ses choix stratégiques, l'introduction de l'enseignement sur l'infection au VIH dans le cursus scolaire et universitaire a été considérée comme une priorité. Alors, des curricula de formation ont été élaborés pour tous les cycles d'enseignement (élémentaire, secondaire, professionnel et supérieur) et une chaire de VIH/sida a été créée en 2006 à la faculté de médecine pharmacie odontostomatologie de l'Université nationale Gamal Abdel Nasser de Conakry.

Le processus d'élaboration du programme a débuté en 2007 et son exécution effective en 2008.

Le programme cible les étudiants de la faculté de médecine pharmacie odontostomatologie pour leur permettre d'être des acteurs de santé capable d'assurer correctement les activités promotionnelles, préventives et curatives de lutte contre les IST et l'infection à VIH en particulier.

Le programme s'étend sur l'ensemble du cycle de formation. Sa durée totale est de 145 heures dont 50 heures pour la théorie et 95 heures pour la pratique réparties sur les 6 premières années du cycle. En dernière année du cycle, un atelier de 80 heures est prévu pour couronner la formation.

Elaboration d'une cartographie des risques et vulnérabilités, des offres de service et des interventions dans le cadre de la riposte à l'épidémie au VIH en Guinée

Faisant suite aux recommandations de la revue du CSN 2003-2007 et inscrit comme activité prioritaire dans la cadre de la mise en œuvre du CSN 2008-2012, une étude de cartographie des risques et vulnérabilités, des offres de service et des interventions dans le cadre de la riposte à l'épidémie du VIH en Guinée a été lancée sous l'égide du SE/CNLS avec l'appui technique et financier des partenaires, notamment l'ONUSIDA, l'UNFPA, le PNUD et Projet Faisons Ensemble de l'USAID. Son intérêt est d'améliorer l'efficacité et la qualité des interventions et l'élargissement de la riposte nationale.

L'étude a permis de :

- faire une analyse exhaustive des facteurs de risques et vulnérabilités liés aux IST/VIH à travers toute la Guinée.
- dresser une cartographie de la répartition des capacités des offres de services en matière de conseil et dépistage volontaire et anonyme, prise en charge médicale des PVVIH (adultes et enfants), prise en charge des orphelins et enfants vulnérables, prise en charge des IST, soutien psychologique, soutien socio-économique, soutien nutritionnel et accompagnement, prévention de la transmission de la mère à l'enfant et marketing social des préservatifs masculins et féminins.
- réaliser une cartographie des interventions liées aux IST/VIH avec accent sur la typologie (présentation) des organisations opérant aux niveaux stratégiques, l'appui à l'exécution et opérationnel dans le cadre de la riposte à l'épidémie de VIH en Guinée, la couverture géographique et les domaines d'intervention, et l'identification des groupes de population ciblés par les organisations.
- formuler des orientations stratégiques et des recommandations dans le souci d'améliorer l'efficacité et la qualité des interventions et l'élargissement de la riposte nationale.

Les résultats de cette étude ont été présentés en 3 documents séparés mais liés par leur contenu. Ce sont :

- la cartographie des risques et vulnérabilités aux IST/VIH en Guinée
- la cartographie des offres de service dans le cadre de la riposte aux IST/VIH en Guinée
- la cartographie des interventions dans le cadre de la riposte à l'épidémie au VIH en Guinée

Création d'un forum national des partenaires

Le Forum National des Partenaires est une plateforme de concertation dirigée par la partie nationale, qui réunit tous les partenaires dans le Cadre de la riposte à l'épidémie. Il constitue un mécanisme de concertation qui permet, de façon novatrice, la participation pleine et entière de toutes les parties prenantes de la riposte à l'épidémie du Sida, tant dans la formulation des politiques et stratégies que dans leur mise en œuvre. L'objectif principal est de promouvoir un environnement de collaboration technique, financière et programmatique entre tous les partenaires internationaux en appui à la riposte nationale.

Le Forum National des Partenaires facilite les efforts de coordination du SE/CNLS en contribuant à l'alignement de tous les partenaires sur le CSN, mettant ainsi en action les "Trois principes directeurs".

La mise en place du Forum national des partenaires est planifiée en 2010. Pour y arriver, une étude de sa faisabilité a été réalisée tout au début du processus.

Il est composé de l'ensemble des partenaires. A sa tête se trouve un conseil exécutif de 13 entités comprenant 35 membres, se réunissant une fois par trimestre. Ce conseil exécutif élit un bureau exécutif de 9 membres et dispose d'un secrétariat permanent (domicilié au SE/CNLS) assurant les tâches administratives.

Amendement et Adoption de l'Ordonnance n°056/2009/PRG/SGG

Dans le cadre de la protection juridique et des droits des PVVIH, y compris la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, la loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en Guinée a été amendé par une commission multisectorielle mise en place par le SE/CNLS avec l'appui technique et financier du bureau pays de l'ONUSIDA. Cette loi amendée qui porte le nom « d'Ordonnance n°056/2009/PRG/SGG relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en Guinée » a été adoptée au niveau national et signée par le Président de la République, le 29 octobre 2009.

Notons que cette loi a été amendée entre autres, pour la faible prise en compte des droits humains, du genre et la non mention des personnes vulnérables et des programmes en leur faveur.

Sur cette Ordonnance, plusieurs dispositions respectent la dignité et l'honneur des PVVIH. Il s'agit entre autres des points suivants:

- Les termes spécifiques et les techniques utilisés dans le domaine du VIH et du sida sont clairement définis (Chapitre I, article 1) ;
- Le test de dépistage du VIH ne peut en aucun cas constituer une condition à l'embauche ou un motif de licenciement, quel que soit le sexe du candidat (Chapitre II, article 4) ;
- Les sociétés d'assurance ne doivent pas conditionner la souscription d'une assurance maladie au test de dépistage du VIH (Chapitre II, article 6) ;
- Le médecin chargé de donner des soins à une personne vivant avec le VIH a l'obligation de lui assurer, sans discrimination de quelque forme que se soit tous les soins médicaux en son pouvoir et recommandés en la circonstance avec correction et aménité à l'égard du malade (Chapitre III article 15) ;
- L'établissement de santé, public ou privé, garantit la confidentialité des informations médicales, financières et administratives, qu'il détient sur des PVVIH hospitalisées. Tout résultat de test de dépistage du VIH est confidentiel, seul le médecin ou le conseiller médical/psychologue est habilité à remettre les résultats du test (Chapitre III, article 18 et 19) ;
- Le résultat du test n'empêche pas la célébration légale du mariage si les futurs époux en conviennent ainsi (Chapitre V, article 28) ;
- Nul n'a le droit de refuser la participation pleine et entière des PVVIH dans les programmes d'animation, d'auto assistance et de coopération sur la base de leur statut sérologique (Chapitre VI, article 31) ;
- Les crimes de transmission du VIH sont revus en délit. Toute transmission volontaire du VIH par voie sexuelle ou sanguine est considérée comme un délit (Chapitre VII, article 34) ;
- Toute personne qui abandonne volontairement son époux ou son épouse à cause du statut sérologique de ce(tte) dernier(e) est coupable d'abandon volontaire

d'une PVVIH dépendante et encoure à ce titre une peine d'emprisonnement de 6 mois à 2 ans et une amende de 1.000.000 à 3.000.000 de francs guinéens, ou l'une de ces deux peines seulement.

✚ Etude sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH en Guinée : considérations éthiques et juridiques

Sous l'égide de l'ONUSIDA et du SE/CNLS, une étude sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH en Guinée a permis d'aborder de manière concrète, sur la base de témoignages et d'analyses, la réalité des phénomènes de stigmatisation et de discrimination dont sont victimes les PVVIH en Guinée. Cette enquête s'est appuyée sur une étude qualitative réalisée auprès d'un échantillon mixte de 342 personnes (187 femmes et filles et 155 hommes et garçons), constitué de PVVIH (84 personnes), de membres de leur famille, d'employeurs et d'employés issus des secteurs privé, mixte et public, de membres d'associations de PVVIH et d'autres personnes issues de la population guinéenne dans un cadre plus large.

VI - PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

Les facteurs qui ont favorisé la propagation de l'épidémie en Guinée ces dernières années sont toujours les mêmes. Leurs persistance sont dues au fait que la situation du pays sur le plan socio-économique ne s'est guère améliorée. Au contraire, la pauvreté frappe la majorité des guinéens, l'accessibilité aux services sociaux sanitaires de base est faible, la scolarisation est faible, l'analphabétisme est élevée, la résistance au changement de comportement, la stigmatisation et la discrimination sont persistantes, et les habitudes socioculturelles néfastes (lévirat, sororat et mutilations génitales féminines) persistent. A ce tableau, s'est greffée l'instabilité sociopolitique qui a débuté depuis 2006. Les principaux obstacles sont de 3 ordres :

✚ Obstacles politiques

- Instabilité de l'autorité au sommet de l'état ;
- Instabilité de l'autorité de tutelle du CNLS ;
- Insuffisance du suivi de la mise en application des déclarations et des engagements.

✚ Obstacles d'ordre programmatique

- Insuffisance de données de qualité ;
- Retard dans la production des rapports d'activités et financiers et dans le décaissement des fonds ;
- Insuffisance dans le ciblage des populations clés hautement exposées aux risques des IST/VIH dans les stratégies actuelles ;
- Insuffisance de la prise en charge globale des PVVIH et des OEV (médicale, nutritionnelle, psychologique, sociale et économique). Seule la PEC médicale est mieux assurée ;
- Faible implication du secteur privé et des OBC dans la planification, la mise en œuvre, le suivi/évaluation de la riposte (potentiel existant peu mis en valeur).
- Faible collaboration entre le PNPCSP et le PNLAT ;
- Faible intégration de l'approche genre au niveau programmatique et opérationnel ;
- Faible application des "Trois Principes" en matière de coordination de la réponse multisectorielle et de l'alignement de tous les partenaires au cadre unique de lutte contre le sida ;
- Forte dépendance vis-à-vis des fonds des partenaires extérieurs entraînant une

réduction de l'allocation des ressources nationales, malgré un engagement politique élevé au niveau national soit 97% des dépenses de la riposte de 2007-2009 ;

- Stigmatisation et discrimination généralisées contre les PVVIH et les groupes marginalisés continuent à être un frein majeur à l'accès aux services de prévention et de traitement ;
- Non application des cadres juridiques garantissant les droits fondamentaux des groupes vulnérables comme les PVVIH, les PS et les orphelins ;
- Tabous et préjugés liés au VIH mais également à l'analphabétisme qui constituent de véritables obstacles lors des campagnes de sensibilisation sur le VIH.

Obstacles d'ordre sanitaire

a) Faible accessibilité aux soins

Dans le contexte de la riposte au VIH on peut noter les points ci-dessous :

- Difficile accessibilité financière au coût de certains examens non compris dans la gratuité (bilan pré thérapeutique) ;
- Difficultés de supporter le coût des déplacements des patients vers les centres de prise en charge (souvent importants du fait de la faible couverture géographique des sites de PEC) ;
- Absence de la prise en charge financière de la logistique des produits pharmaceutiques au niveau national (de la centrale d'approvisionnement à hôpital).

b) Faible utilisation des services

Les indicateurs ci-dessous, indiquent le niveau d'utilisation des services au niveau national :

- Faible utilisation des services au niveau national (0,3 nouveau contact par habitant pour l'année) ;
- Faible utilisation de la CPN (CPN 1 supérieur à 80%, CPN 3 inférieur à 40%) ;
- Faible taux d'accouchements assistés en Guinée (18% à l'échelle nationale)

c) Mauvaise répartition et démotivation des ressources humaines

Les caractéristiques des ressources humaines sanitaires qui constituent un obstacle à la riposte se présentent comme suit :

- Insuffisance de personnels d'appui (sages-femmes, aides de santé, préparateurs en pharmacie, techniciens de radiologie et de laboratoires).
- personnel concentré en zones urbaines avec une forte proportion dans la capitale ;
- Inadéquation entre la formation initiale et les besoins du système de santé.

d) Faible coordination des interventions sanitaires

L'analyse de cette thématique montre les faiblesses suivantes :

- Faible capacité technique, gestionnaire et logistique des différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Faible performance du système d'information sanitaire ;
- Insuffisance du système de suivi évaluation.

e) Insuffisance des Ressources d'infrastructures

- Couverture géographique inadéquate des services de CDV, PTME et prise en charge.

f) Sous financement du secteur

- Insuffisance des financements du gouvernement ;
- Baisse des financements extérieurs en 2009.

✚ Mesures correctives

Toutes actions pour pallier aux défis susmentionnés exigent un leadership engagé, des consultations extensives avec toutes les parties concernées, ainsi que des débats et des discussions autour des politiques et des stratégies et des lignes de conduite à suivre. Les recommandations suivantes, bien que non exhaustives, peuvent générer avec la volonté et les ressources nécessaires des actions mesurables et des progrès concrets dans la riposte à l'épidémie du sida en Guinée :

- Le renforcement du système national de suivi, recherche et évaluation ;
- le renforcement du système de santé afin d'assurer un système de santé accessible et capable de répondre aux besoins essentiels de santé de la population (renforcement des capacités des ressources humaines, du système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques, et de la coordination, la gestion, la gouvernance et le leadership à tous les niveaux du système de santé) ;
- le passage à l'échelle par une large décentralisation des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien à tous les niveaux (central, intermédiaire, périphérique et communautaire). Il s'agit notamment de :
 - la mise en place de stratégies qui ciblent les populations clés hautement exposées aux risques des IST/VIH, notamment les PS et leurs clients, les détenus, les hommes en uniforme, les miniers, les pêcheurs, les transporteurs, et les autres populations vulnérables (les jeunes scolarisés, non scolarisés et déscolarisés, les femmes, les OEV) ;
 - la forte implication et mobilisation des acteurs de la société civile et du secteur privé et partenaires bi et multilatéraux au côté du secteur public dans la mise en œuvre des programmes et projets sida et la mise en place de mécanisme de concertation régulier.
- le renforcement des capacités programmatique, financière, managériale, humaine et de gestion des approvisionnements et des stocks du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) en tant que récipiendaire principal du Fonds Mondial ;
- la consolidation des « Trois principes » par :
 - le renforcement des instances du CNLS au niveau central, intermédiaire et périphérique ;
 - le renforcement du système de suivi et évaluation par (i) l'intégration des indicateurs harmonisés au système national de collecte et (ii) la mise à disposition des moyens (technique, logistique, humain) au niveau des sous systèmes (intermédiaires et périphérique/districts) pour leur dynamisation notamment par l'opérationnalisation du groupe de national de référence suivi/évaluation;
 - la mise en place de mécanismes de concertations régulières de tous les acteurs de la société civile, du secteur privé et des partenaires (bi et multilatéraux) notamment par la création du forum des partenaires.
- l'Intégration de la riposte au sida à une stratégie plus large de réduction de la pauvreté.
- le plaidoyer pour la mobilisation de ressources auprès :

- du gouvernement guinéen - pour un accroissement de l'allocation des ressources internes/nationales afin de traduire l'engagement politique en action ;
- du Fonds Mondial et d'autres bailleurs - pour renforcer/investir dans les infrastructures de santé publique afin de pouvoir répondre aux demandes rapides des prestations de services de prévention du VIH et de traitement du SIDA aux communautés.
- le renforcement de la capacité institutionnelle et opérationnelle des ONG nationales, des réseaux et associations de PVVIH, des jeunes, de femmes et des jeunes filles.
- la mise en place d'un observatoire des droits des PVVIH et personnes affectées.

VII - SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

La période 2008-2009 est caractérisée sur le plan national par (i) la fin d'un cadre stratégique 2003-2007 et le début d'un autre (celui de 2008-2012), la fin de plusieurs projets et une instabilité sociopolitique. Malgré cette situation, les partenaires ont déployé des efforts au nombre desquels il faut citer :

- L'appui au Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique , en tant que Récipiendaire Principal des subventions du Fonds Mondial, dans la mise en œuvre des activités.
- L'appui technique et constant dans la préparation des requêtes du Fonds Mondial Sida, Tuberculose et Paludisme à travers le CCM ;
- La mobilisation de ressources financières en faveur de la riposte nationale.
- Le renforcement des capacités institutionnelles du CNLS comme seule structure de coordination de la riposte à l'épidémie ;
- Le soutien effectif au système national de suivi et évaluation notamment l'opérationnalisation du Groupe National de Référence de Suivi évaluation ;
- L'accélération du processus vers l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui notamment par la décentralisation des activités;
- L'appui du CNLS pour la mise en place d'un dispositif « Forum national des partenaires »

VIII - SUIVI ET EVALUATION

En 2008, la Guinée s'est dotée d'un nouveau plan de suivi/évaluation budgétisé couvrant la période de mise en œuvre du Cadre stratégique national de lutte contre les IST et le VIH 2008-2012.

L'objectif de ce plan est de rendre visible les efforts déployés par l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre les IST et le VIH tant au niveau central qu'au niveau décentralisé dans tous les secteurs.

Le cadre institutionnel à partir duquel se fera la mise en place du système se compose de deux principaux types d'organes :

- Les organes de coordination : l'unité de suivi-évaluation et recherche, les unités de suivi et d'évaluation des différents secteurs et des organisations de la société civile, la commission technique multisectorielle de Suivi et Evaluation, le groupe de référence en suivi et évaluation. Ces organes techniques, multidisciplinaires et multisectoriels dont les attributions, la composition et le fonctionnement sont clairement spécifiés, permettront de renforcer l'action de l'unité suivi évaluation et recherche du SE/CNLS, du PNPCSP/MSHP et celle de ses démembrements au niveau régional.

- Les organes d'exécution : les cellules régionales et les cellules préfectorales à travers les chargés de suivi et d'évaluation.

Ce plan a été élaboré de manière participative et consensuelle, en consultation avec les parties prenantes de la riposte à l'épidémie : acteurs du secteur public, du secteur privé, de la société civile, des partenaires bilatéraux et des partenaires multilatéraux. Il s'inspire du guide de l'ONUSIDA en matière de suivi et évaluation. Son élaboration a également tenu compte des besoins de l'UNGASS pour le monitoring de l'épidémie au niveau mondial.

Le plan inclut les éléments suivants : Un cadre institutionnel du suivi et de l'évaluation, une matrice des indicateurs clés, un cadre de performance, une description du système de collecte des données, une instruction sur l'analyse, la présentation et l'utilisation des données, des éléments d'évaluation du CSN 2008-2012 et un plan de mise en œuvre

Quelques progrès réalisés en 2008 et 2009

- Audit du SNIS;
- Evaluation du logiciel SIDAPES ;
- Formation de 12 acteurs à l'utilisation du logiciel de suivi de cohorte « Fuchia » et installation du logiciel Fuchia au centre de traitement ambulatoire de Donka ;
- Formation de 35 acteurs de suivi évaluation à l'utilisation du logiciel CRIS puis paramétrage et installation du logiciel au PNPCSP ;
- Démarrage du processus de mise en place de la commission technique multisectorielle de Suivi et Evaluation;
- Enquêtes de surveillance comportementales sur les groupes à risque : PS, routiers, jeunes/adolescents de 15 à 24 ans, policiers, enseignants, marchands ;
- Enquête de surveillance sentinelles chez les femmes enceintes ;
- Elaboration d'un plan de suivi/évaluation sectoriel santé.

Quelques difficultés en 2008 et 2009

- Non opérationnalisation du Plan opérationnel de Suivi-Evaluation 2008-2012 par manque de financement;
- Insuffisance de personnel de suivi/évaluation au niveau central et manque aux niveaux régional et préfectoral ;
- Faiblesse du fonctionnement du SNIGS;
- Non fonctionnalité du comité de suivi multisectoriel régional. L'élaboration des rapports périodiques (trimestriel, annuel) de même que la compilation des rapports des acteurs régionaux et la rétro information ne sont pas assurés ;
- Insuffisance de la qualité, de la ventilation (sexe, âge), de la couverture et de la complétude des données;
- Non réalisation d'enquêtes nationales biologiques et comportementales (EDS, populations les plus à risque).

Quelques mesures correctrices envisagées pour la période 2008-2012

- Mobiliser les ressources pour la réalisation des enquêtes nationales biologiques et comportementales;
- Renforcer les capacités techniques et matérielles des unités de suivi-évaluation à tous les niveaux ;
- Renforcer la collaboration entre le SNIGS du MSHP et l'USRE du SE/CNLS ;
- Mettre en place le Groupe National de Référence de Suivi évaluation ;
- Mettre en place un forum national des partenaires.

IX - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- CCM (2009). Programme de renforcement et de décentralisation de la riposte nationale contre les IST/VIH pour l'accès universel d'ici 2014 en République de Guinée (Proposition de Guinée à la Série 9 du Fonds Mondial).
- CNLS (2002). Cadre stratégique national de lutte contre les IST/VIH/sida 2003-2007
- CNLS (2007). Accélération vers l'accès universel pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien
- CNLS (2007). Enquête de surveillance comportementale et biologique du VIH/sida en Guinée
- CNLS (2007). Revue du cadre stratégique national 2003-2007
- CNLS (2008). Cadre stratégique national 2008-2012
- CNLS (2008). Rapport UNGASS 2008
- CNLS (2008). Rapport de l'Enquête nationale de surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis
- CNLS (2008). Vers la réalisation de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, des soins et d'appui en République de Guinée
- CNLS (2009) Estimation projections pays/Spectrum VIH (OMS/ONUSIDA)
- CNLS (2009) Cartographie des risques et vulnérabilités, des offres de services et des interventions (non publié).
- CNLS/Faisons Ensemble (2009). Document national des politiques normes et procédures en conseil et dépistage du VIH
- Guinée. Ministère du Plan – Direction Nationale de la Statistique (2005). Enquête Démographique et de Santé de Guinée
- Guinée. Ministère du Plan – Direction Nationale de la Statistique (2006). Enquête Intégrale Budget-Consommation Guinée.
- HEALTH FOCUS (2009). Enquête de surveillance de seconde génération (SSG) Corridor Boké.
- Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (2007). Document de stratégie de réduction de la pauvreté
- Ministère de l'économie, des finances et du Plan (2008). Cadrage macro-économique (mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté)
- MPPSP-Guinée. Institut National de la Statistique septembre 2009 (www.stat-guinee.org/index.htm)
- MSHP (2004). Plan national de développement sanitaire 2005-2014
- MSHP (2006). Plan d'action pour l'accélération de la prévention du VIH/sida en Guinée
- MSHP (2007). Plan national d'extension de la prise en charge des PVVIH
- MSHP (2008). Plan national d'extension de la prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) 2008-2012
- MSHP (2009). Protocole de prévention et de prise en charge intégrées des victimes de viols et violences sexuelles en Guinée
- MSHP (2009). Enquête de surveillance de seconde génération (SSG) Conakry
- MSHP. Annuaire Statistique de Santé 2006 /2007

- MSHP. Plan Stratégique de développement sanitaire 2003 – 2012
- MSHP/CNLS (2005). Normes et procédures en prévention de la transmission mère enfant du VIH – PTME
- MSHP/CNTS (2010) ; Rapport d'activités 2009 du centre national de transfusion sanguine
- MSHP/PNPCSP (2008). Bulletin du rapport annuel
- ONUSIDA/Guinée (2008). Le point sur l'épidémie du SIDA et de la réponse en République de Guinée
- PCS/Chambre des Mines de Guinée (2009). Etude de faisabilité pour l'intégration de la prise en charge médicale et psychosociale des malades du sida dans 7 sites miniers des 3 principales zones minières de la République de Guinée
- PNUD (2008). Rapport sur le développement humain 2007/2008
- PNUD (2009). Rapport sur le développement humain 2009
- PSS/GTZ (2008). Etude CAP PSS/GTZ
- UNAIDS (2009). Draft VIH estimates with bounds