

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail – Justice - Solidarité



COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA



Cadre Stratégique National de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2003-2007

JUIN 2002

I. TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	1
Préface	2
Introduction	4
I. Analyse de la Situation	5
1.1. Présentation de la Guinée	5
1.2. Situation Epidémiologique	8
1.3. Analyse de la Situation au niveau des groupes prioritaires	19
II. Analyse de la Réponse	23
2.1. Cadre Institutionnel	23
2.2. Surveillance Epidémiologique	23
2.3. Communication pour le Changement de Comportement	23
2.4. Synergie / Cartographie de partenariat	25
2.5. Recommandations	28
III. Cadre Stratégique National de lutte contre les IST/VIH/SIDA	30
3.1. Principes directeurs	30
3.2. Objectifs Généraux	31
3.3. Cadre Institutionnel	31
3.3.1. Comité national de lutte contre le SIDA	32
3.3.2. Structures décentralisées du CNLS.....	33
3.3.3. Secrétariat exécutif.....	37
IV. Stratégies et Actions prioritaires par domaine d'intervention	38
4.1. Interventions s'appliquant à toute la population	38
4.1.1. Communication pour le Changement de Comportement	38
4.1.2. Le marketing social des préservatifs	40
4.1.3. La prise en charge des Infections Sexuellement Transmises... ..	40
4.1.4. Prévention de la Transmission Sanguine	41
4.1.5. Surveillance Epidémiologique	43
4.2. Interventions ciblant des groupes de population spécifiques	44
4.2.1. Les jeunes	45
4.2.2. Les Femmes	46
4.2.3. Les populations mobiles	49
4.2.4 Les réfugiés	51
4.2.5 Les prostituées	52
4.2.6 Les mineurs	53
4.2.7 Les hommes en uniforme	54
4.2.8 Les prisonniers	55
4.3. Prise en charge PV VIH	57
4.4. Recherche	60
4.5. Prévention de la transmission mère-enfant	61
V. Modalités de mise en œuvre de Suivi -Evaluation	62
VI. Mobilisation et Gestion des Ressources	64
6.1. Mobilisation des ressources	64
6.2. Gestion des ressources	64
Equipe de Rédaction du Cadre Stratégique	66

LISTE DES ABREVIATIONS

AES	:	Accident d'Exposition au Sang
AGR	:	Activités Génératrices de Revenus
AGBEF	:	Association Guinéenne pour le Bien Etre Familial
ARV	:	Anti - Retro - Viraux
CAAF	:	Centre d'Appui à l'Auto promotion Féminine
CAJ	:	Centre d'Assistance Juridique
CCC	:	Communication pour Changement de Comportement
CECOJE	:	Centre d'Ecoute de Conseil et d'Orientation des Jeunes
CCLS	:	Comité Communal de lutte contre le SIDA
CPLS	:	Comité Préfectoral de Lutte contre le SIDA
CNLS	:	Comité National de Lutte contre le SIDA
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
CRLS	:	Comité Régional de Lutte contre le SIDA
CRD	:	Communauté Rurale de Développement
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
FAO	:	Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation
GTZ	:	Coopération Allemande
HCR	:	Haut Commissariat aux Réfugiés
I.E.C	:	Information Education Communication
I.R.C	:	International Comitee Refugiee
I.O	:	Infections Opportunistes
MASPEF	:	Ministère des Affaires Sociales Promotion Féminine et Enfance
MDN	:	Ministère Défense Nationale
MSP	:	Ministère de la Santé Publique
MJSEC	:	Ministère Jeunesse Sport et Culture
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
OUA	:	Organisation de l'Unité Africaine
ONUSIDA	:	Fond Commun des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
PVVIH	:	Personnes Vivant avec le VIH
PCT	:	Plan à Court Terme
PMT1	:	Plan à Moyen Terme 1 ^{ère} Génération
PMT2	:	Plan à Moyen Terme 2 ^{ème} Génération
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNPCS	:	Programme National de Prise en Charge Sanitaire du SIDA
REGUIRES	:	Réseau Guinéen de Recherche sur le SIDA
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
ROSIGUI	:	Réseau des ONG de lutte contre le SIDA en Guinée
SSP	:	Soins de Santé Primaire
SIDA	:	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
TDR	:	Termes de Référence
USAID	:	United States Agency for International Development
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNESCO	:	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture.
VIH	:	Virus d'Immuno Déficience Humain

PREFACE

Plus que toute autre partie du monde, l'Afrique paie un lourd tribut au VIH/SIDA qui menace de réduire à néant tous les acquis de ces dernières années en matière de développement économique et social. L'épidémie frappe les populations africaines avec une rare intensité, et a entraîné un bouleversement considérable du tissu social en Afrique.

Face à cette maladie dévastatrice, nous ne saurions rester inactifs. C'est la raison pour laquelle, la Guinée avec l'appui des partenaires au développement, a élaboré :

- Un Plan de lutte à court terme (PCI) 1987 - 1988
- Un Plan à moyen terme 1^{ère} génération (PMT1), 1989 - 1993
- Un Plan à moyen terme 2^{ème} génération (PMT2) 1997 - 2000

S'il est vrai que la mise en oeuvre de ces plans successifs a permis d'élever le niveau de connaissance de nos populations sur les modes de transmission et de prévention de l'infection au VIH, force est de reconnaître que beaucoup reste à faire pour freiner la propagation de la maladie.

Il était alors opportun de mettre en place un nouveau processus de planification qui prend en compte les résultats d'une analyse de la situation et de la réponse, les déterminants de la propagation de l'infection, avant d'élaborer un nouveau Plan approprié et Multisectoriel; c'est dans ce cadre que s'inscrit ce nouveau plan stratégique de lutte contre le SIDA en Guinée.

Le cadre Stratégique National de lutte contre les IST/VIH/SIDA de la Guinée définit les principes directeurs les grandes orientations, les axes stratégiques et les actions prioritaires de lutte contre le SIDA pour les cinq prochaines années (2003- 2007).

Désormais, il est souhaitable que tous les intervenants de la lutte contre le SIDA et les IST, inscrivent leurs activités dans le creuset de ce cadre. Il servira de base à l'élaboration des plans opérationnels budgétisés dans tous les départements ministériels, dans les régions et partout où vivent nos communautés.

La mise en oeuvre de ce plan nécessite des ressources ; c'est pourquoi, la dernière phase de ce processus est la mobilisation des ressources pour une exécution efficace des actions prioritaires retenues. Cette mobilisation concerne le Gouvernement guinéen qui doit accroître la part du budget national alloué à la lutte contre le SIDA, les partenaires au développement et le secteur privé.

Mais, quelque soit la pertinence du contenu du Plan et l'expertise de ceux qui l'ont élaboré, les résultats attendus ne seront atteints que dans la mesure où chacun dans son secteur, s'approprie et met effectivement en oeuvre les grandes actions prioritaires retenues ensemble. A cet effet, j'exhorte tous les intervenants de la lutte contre le SIDA à conjuguer leurs efforts pour une exécution, un suivi et une évaluation corrects de ce nouveau plan.

J'exprime enfin, ma profonde gratitude à tous ceux qui par leurs efforts et soutien de toute sorte ont œuvré pour la formulation de ce nouveau cadre stratégique.

**SON EXCELLENCE MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
PREMIER VICE - PRESIDENT DU COMITE NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LES IST/VIH/SIDA**

Professeur Mamadou Saliou DIALLO
CHEVALIER DE L'ORDRE NATIONAL DU MERITE

INTRODUCTION

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est à l'origine d'une crise grave en matière de développement. Il tue des millions d'adultes à fleur de l'âge, il disloque et appauvrit les familles, affaiblit la population active, transforme des millions d'enfants en orphelins, et menace d'ébranler la structure sociale et économique des communautés, ainsi que la stabilité politique des nations. Cette épidémie qui constitue la 1^{ère} cause de mortalité des adultes en Afrique s'est développée à un rythme rapide sur le continent.

La Guinée, malgré sa riposte précoce à l'épidémie dès la déclaration des premiers cas en 1987, par la mise en œuvre de 3 plans successifs de lutte contre le SIDA de 1987 à 2000, n'a pas pu infléchir les tendances évolutives de l'épidémie. Et c'est pour intensifier la réponse nationale à l'épidémie et la rendre effectivement multisectorielle, qu'elle s'est engagée depuis Juin 2001, dans le Processus de Planification Stratégique. Ce processus a été marqué par les étapes suivantes :

- Une première phase d'Analyse de la Situation de l'épidémie, menée par une équipe pluridisciplinaire et multisectorielle, constituée d'experts guinéens, notamment de médecins, de socio-anthropologues, de démographes, de planificateurs, de communicateurs, de personnes infectées ou affectées, de représentants de la société civile et de partenaires au développement, a permis, d'étudier les tendances évolutives, d'explorer les domaines prioritaires et de dégager les déterminants qui alimentent la propagation de l'épidémie. Cette Analyse s'est déroulée de Juin à Novembre 2001 à travers une revue de la littérature, des visites sur le terrain, et des entretiens avec les acteurs impliqués.
- L'Analyse de la réponse constitue la deuxième phase du processus de planification stratégique. Elle a été conduite par la même équipe pluridisciplinaire et multisectorielle qui a mené l'Analyse de la situation. Elle a permis d'étudier la réponse nationale de l'ensemble des acteurs intervenant dans la lutte contre le SIDA, d'examiner les principales activités menées dans les principaux domaines, de recenser les lacunes de la réponse et d'analyser les raisons des échecs, de formuler des recommandations pertinentes pour renverser les tendances évolutives.

Les résultats de ces deux analyses et plus particulièrement les déterminants de la propagation de l'infection, les forces et faiblesses de la réponse ont été judicieusement exploitées par une équipe restreinte pluridisciplinaire et multisectorielle pour élaborer le cadre stratégique dont l'objectif est de réduire le poids et l'impact socio-économique du VIH/SIDA en Guinée pendant les 5 prochaines années (2003 – 2007). Ce cadre a été ensuite validé par tous les acteurs impliqués dans la lutte.

La mobilisation des ressources qui a été menée durant tout le processus, sera matérialisée par l'organisation de la table ronde .

I. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. PRESENTATION DE LA GUINEE

➤ Situation géographique

La République de Guinée est un pays côtier qui est situé dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'équateur et le Tropique du Cancer. Couvrant une superficie de 245.857 km², elle est limitée à l'Ouest par la Guinée Bissau et l'Océan atlantique, au Nord par le Sénégal et le Mali, à l'Est par la Côte d'Ivoire et au Sud par la Sierra Leone et le Libéria.

Figure 1 : Situation géographique de la Guinée



Source: EDS II, 1999

La Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles assez bien distinctes et intérieurement homogènes : la Basse Guinée ou la Guinée Maritime, la Moyenne Guinée ou le Foutah Djallon, la Haute Guinée et la Guinée Forestière.

Sur le plan administratif, la Guinée est subdivisée en 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la zone spéciale de Conakry qui jouit d'un statut particulier de collectivités décentralisées. Chaque région administrative est constituée de préfectures dont le nombre est variable. Au total il existe 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 303 communautés rurales de développement (CRD).



Figure 2 : Découpage de la Guinée en région naturelle

➤ Situation démographique

D'après les résultats du dernier recensement, la population guinéenne était évaluée à 7.156.406 habitants en 1996. Le taux d'accroissement annuel moyen est de 3,1% pour la période intercensitaire (1983-1996). Cette population, qui est majoritairement constituée de femmes (51%), est très mal répartie sur le territoire national.

En effet il existe de grandes disparités de peuplement, d'une part entre les unités administratives (Régions administratives, Préfectures et Sous Préfectures) et d'autre part, entre les Régions naturelles. La densité moyenne du pays est 29 hbts/km². Conakry a une densité moyenne plus forte (2 306 hbts/km²).

Le poids des personnes âgées de moins de 15 ans (46%) traduit l'extrême jeunesse de la population, qui se confirme par les âges moyen (23 ans) et médian (14,9 ans) de cette population. C'est la conséquence d'une fécondité élevée caractérisée par sa précocité et sa stabilité, en dépit de tous les efforts de sensibilisation déployés par les programmes de planification familiale et de santé de la reproduction. Le taux brut de natalité est estimé à 36,9‰. Quant à la mortalité, son niveau reste encore élevé (taux brut de mortalité estimé à 14,2‰) même si la tendance à la baisse est incontestable. L'espérance de vie à la naissance est de 54 ans pour les deux sexes (EDSII,1999 et RGPH 1996).

➤ Situation économique

Malgré ses importantes potentialités agricoles et minières, la Guinée demeure un pays pauvre. Avec un revenu par tête estimé à 570 dollars US en 1997, près de 40% de la population se trouvent dans une situation de pauvreté absolue (environ 300 dollars US par tête et par an).

En dépit d'une conjoncture internationale difficile (chute des cours de la bauxite, conflits aux frontières nationales, afflux de plus d'un demi-million de réfugiés entre autres) le programme d'ajustement mis en place a été poursuivi pour consolider et renforcer certains acquis.

L'incidence de la pauvreté est deux fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain et 7,8 fois plus élevée par rapport à Conakry (EDSG-II, 1999).

En 1999, le taux brut de scolarisation au niveau primaire était estimé à 67,6% pour les garçons contre seulement 39,9% pour les filles. D'après le recensement de 1996, seulement 15% des femmes sont alphabétisées contre 37% pour les hommes (RGPH, 1996).

En définitive, la pauvreté est nettement plus marquée chez la femme quel que soit le domaine considéré de la vie (éducation, emploi, revenu, charges de travail, etc.). Il est manifeste que la féminisation de la pauvreté a tout à voir avec les difficultés d'accès à l'emploi.

Le chômage et la précarité des revenus restent les principales caractéristiques de la pauvreté. Le faible accès aux services de base (éducation, santé, transports, communication) affecte de nombreux guinéens (EDS 1999).

➤ Services Socio-Sanitaires

Le système de soins en Guinée est composé du secteur public et du secteur privé.

Le secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet :

- Le poste de santé,
- Le centre de santé
- L'hôpital préfectoral
- L'hôpital régional
- L'hôpital national
- Le Centre Hospitalo - Universitaire

Toutes ces structures disposent de points de vente de médicaments ou de pharmacies et la plupart d'entre elles, de laboratoires d'analyse bio-médicale.

Le secteur privé comprend d'une part les structures médicales (cabinets de consultation, de soins et de cliniques) et d'autre part les structures pharmaceutiques et les laboratoires d'analyses biomédicales.

Le personnel est inégalement reparti dans les différentes régions du pays avec une forte concentration à Conakry et dans les zones urbaines au détriment des zones rurales. On compte 9 médecins, 12 infirmiers, 4 sage-femmes, 31 agents de santé pour 100.000 habitants (rapport situation santé novembre 2000).

Le financement du secteur de la santé provient de 4 sources principales : l'Etat, les collectivités locales, la population et les bailleurs de fonds. A titre indicatif, la part du budget de fonctionnement de la santé dans le budget national en 1998 est de 3,5% contre les 10% recommandés par l'OMS.

Des études menées sur les itinéraires thérapeutiques montrent que la majorité des malades commencent ou terminent les soins chez les tradithérapeutes, ce qui montre l'importance que la population accorde à la médecine traditionnelle (EDS, 1999 et RGPH, 1996).

En Guinée, la mise en place de programmes structurés de population a démarré en 1984. En effet, c'est à cette année là que des stratégies sectorielles visant la maîtrise de la croissance de la population ont été élaborées à travers des projets ayant pour objectifs:

- La protection de la santé maternelle et infantile

- L'éducation en matière de population
- L'élaboration d'une politique de population

1.2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DES IST/VIH/SIDA

a) Séroprévalence de l'infection au VIH

La prévalence nationale de l'infection, selon les résultats de l'enquête nationale de décembre 2001, est estimée à 2,8%, avec des variations allant de 2,1% en milieu urbain Haute Guinée à 7% en milieu urbain en Guinée Forestière. L'analyse de l'évolution de cette prévalence révèle que la séroprévalence est passée de 1,5% en 1996 à 2,8% en 2001 chez les femmes enceintes ; donc elle a été presque multipliée par 2 en 4 ans. Mais bien que la prévalence moyenne du VIH dans la population générale soit de 2,8%, il existe des disparités à travers les régions, et surtout certains groupes vulnérables sont particulièrement infectés.

Ainsi, de 32% en 1996, la séroprévalence a atteint 42% en 2001 chez les professionnelles du sexe, filles libres ou filles de joie (selon la terminologie locale) ; 7,3% chez les routiers, 6,7% chez les militaires et 4,7% chez les mineurs.

Figure n°3 : *Prévalence du VIH chez les femmes en grossesse selon le milieu de résidence et la région naturelle*

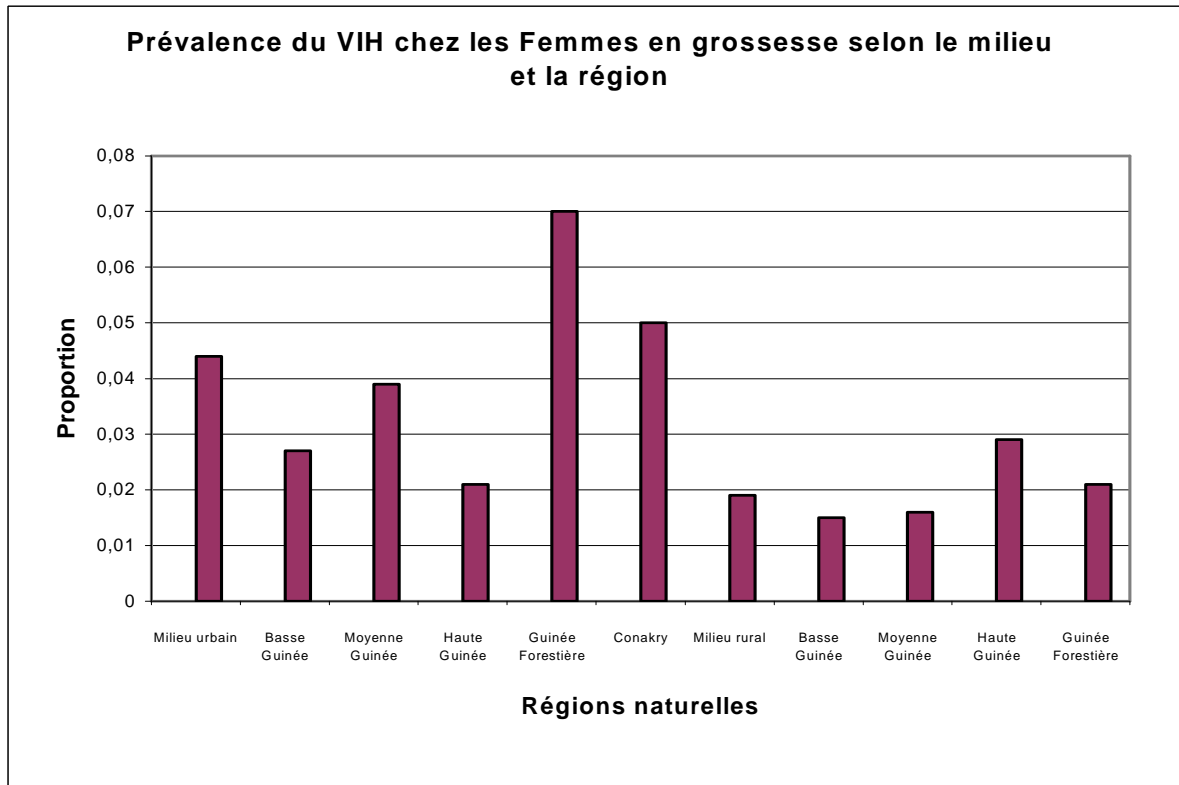


Figure n°4 : *Prévalence du VIH chez les jeunes selon le groupe d'âge et le niveau*

Financement : Banque Mondiale

version juin 2002

d'instruction

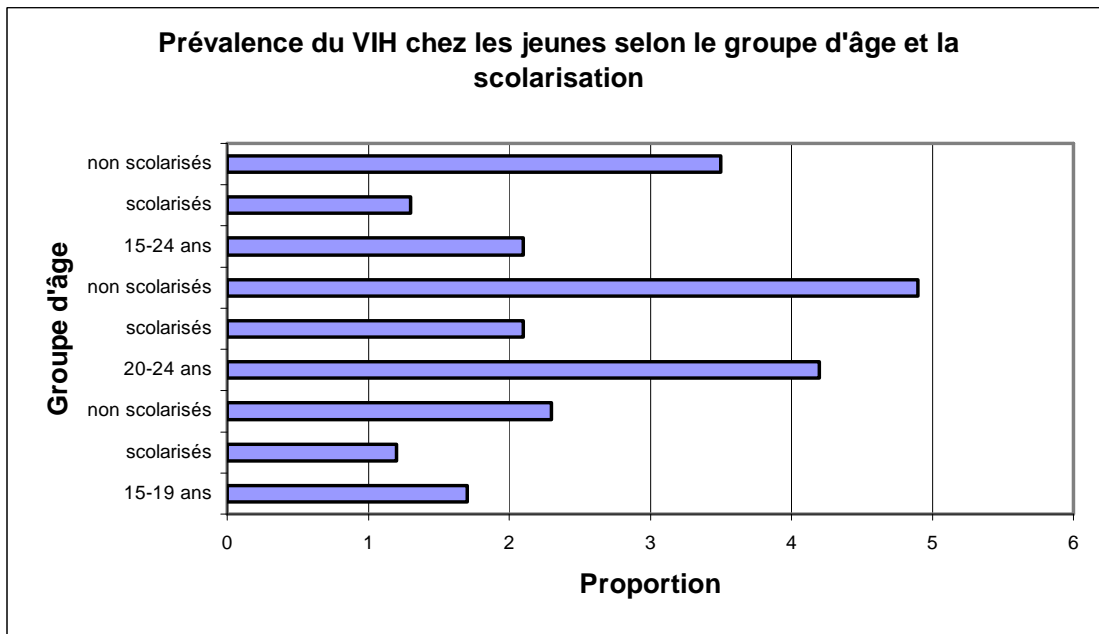
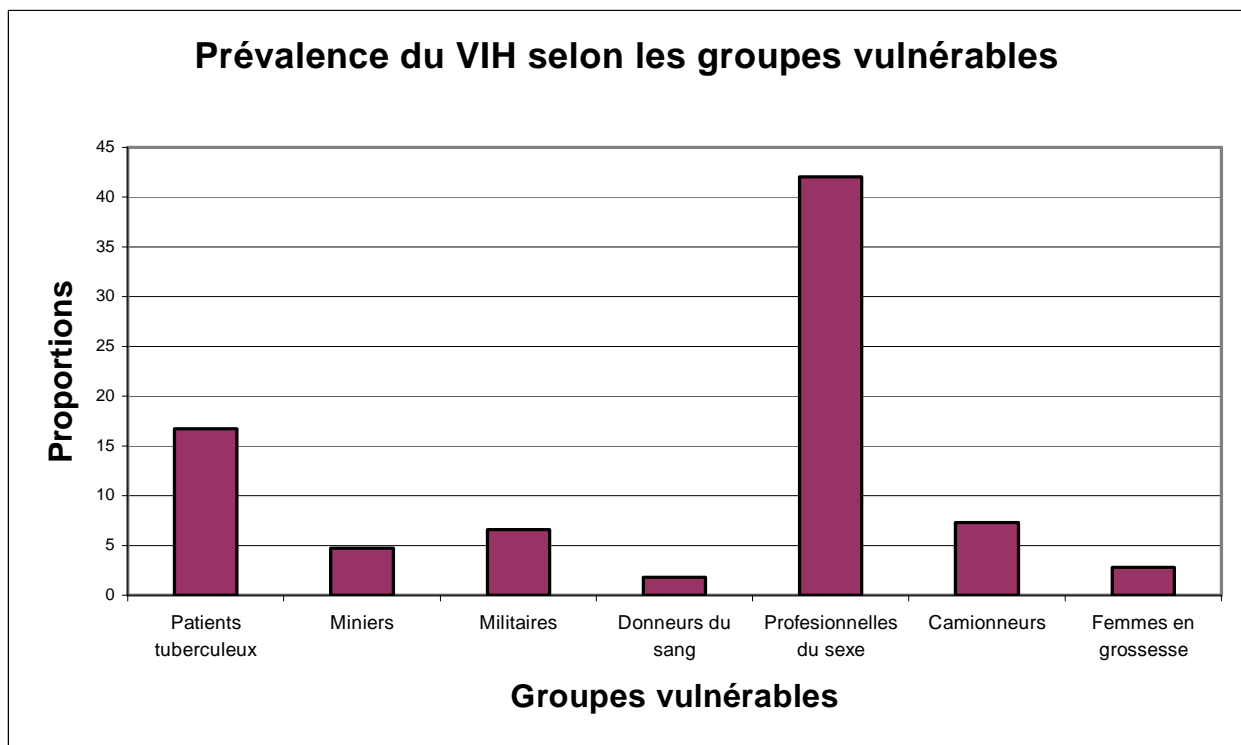


Figure n°5 : Prévalence du VIH en Guinée selon les groupes vulnérables



Les grandes villes semblent 2 à 3 fois plus touchées par l'infection au VIH par rapport à la prévalence nationale, 5% à Conakry, 7% en milieu urbain en Guinée Forestière et 3,9% en Moyenne Guinée (milieu urbain) (cf. tableau ci-dessous).

Tableau N°1 : Données comparatives de taux de séroprévalence par région et groupe vulnérable de 1996 à 2001

Groupe vulnérable	1995/96		2001	
	Prévalence	n	Prévalence	N
Professionnelles du sexe	32 %	140	42 %	344
Nouvelles			45 %	198
Anciennes			39,5 %	142
Camionneurs	5 %	250	7,3 %	316
Patients IST	4 %	800		
Réfugiés	2,5 %			
Jeunes				
15-19 ans			1,7 %	2.399
Scolarisés			1,2 %	1.309
Non scolarisés			2,3 %	1.090
20-24 ans			4,2 %	1.247
Scolarisés			2,1 %	312
Non scolarisés			4,9 %	935
15-24 ans			2,1 %	4.496
Scolarisés			1,3 %	1.620
Non scolarisés			3,5 %	2.026
Filles				
Scolarisés			1 %	
Non scolarisés			3,6 %	
Garçons				
Scolarisés			1,7 %	
Non scolarisés			3,5 %	

Femmes en grossesse	1,5 %	1.850	2,8 %	3.489
Milieu urbain			4,4 %	
Basse Guinée			2,7 %	
Moyenne Guinée			3,9 %	
Haute Guinée			2,1 %	
Guinée Forestière			7 %	
Conakry			5 %	
Milieu rural			1,9 %	
Basse Guinée			1,5 %	
Moyenne Guinée			1,6 %	
Haute Guinée			2,9 %	
Guinée Forestière			2,1 %	
Patients tuberculeux			16,7 %	313
Mineurs			4 ;7 %	322
Militaires			6,6 %	366
Donneurs de sang¹	2,2 %	2.500	1,8 %	

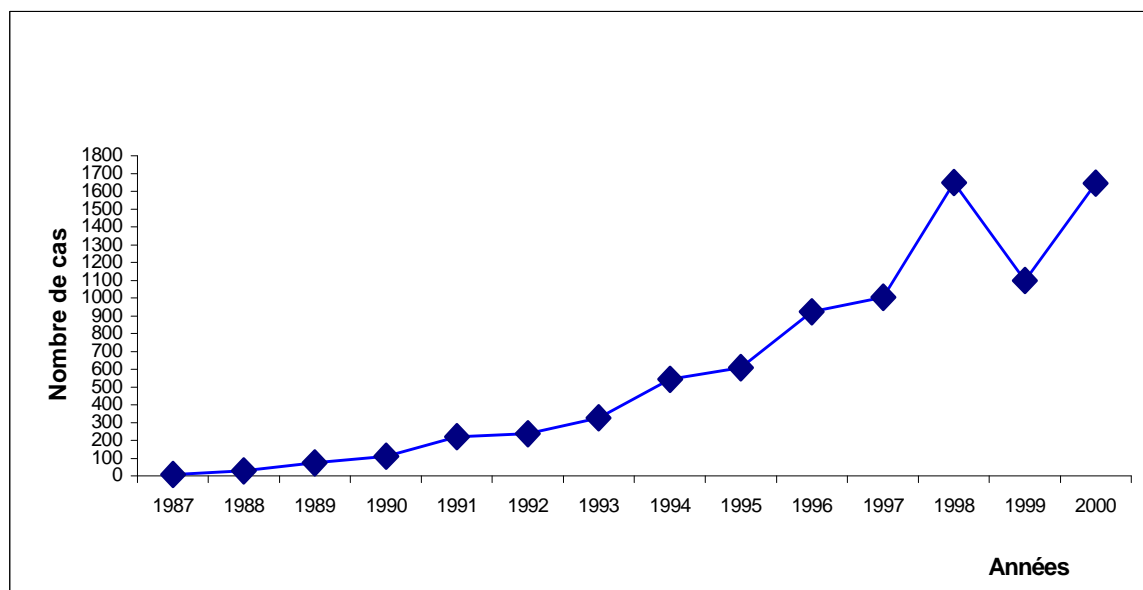
Ces données montrent :

- ✓ La hausse de la prévalence parmi les professionnelles du sexe (Prostituées, filles libres, filles de joie) ;
- ✓ La vulnérabilité des jeunes, et des jeunes non scolarisés en particulier chez les 15-24 ans ;
- ✓ Le progrès de l'épidémie parmi les femmes en grossesse surtout en milieu urbain avec un accent particulier dans la Capitale et le milieu urbain en Guinée forestière ;
- ✓ L'observation de taux élevés de prévalence du VIH chez les militaires et les mineurs ;
- ✓ La tendance évolutive du VIH chez les tuberculeux ;

¹ Source : Rapports Statistiques du Centre National de la Transfusion sanguine
Financement : Banque Mondiale

Depuis la notification du premier cas de Sida en Guinée par les formations sanitaires en janvier 1987, le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) a constaté une augmentation des cas annuels malgré la sous notification, un rajeunissement des malades (l'âge moyen est passé de 39 ans en 1989 à 26 ans en 1999) ainsi qu'une augmentation de la proportion des femmes infectées par le VIH avec un ratio hommes/femmes qui passe de 8 hommes pour 1 femme en 1988 à 1,16 homme pour 1 femme en 2000 (Ministère de la Santé, 2000: p.25).

Figure 6: Nombre de cas annuels de SIDA notifiés par les structures sanitaires de 1987- 2000



Source : Coordination Nationale du PNLS – Février 2001

Les modes de transmission sont les mêmes que ceux décrits partout ailleurs en Afrique subsaharienne, c'est-à-dire le mode sexuel, intervenant dans plus de 90% des cas. Quand on pense que les pratiques sexuelles ne se modifient pas du jour au lendemain et que les relations sexuelles sont une composante fondamentale de la personnalité, de l'identité et de la vie sociale, il y a lieu d'envisager de sérieuses mesures d'éducation de la jeunesse.

Le mode parentéral, par voie transfusionnelle ou par contact avec du matériel contaminé perçant la peau, et la transmission périnatale quoique peu documentés en Guinée méritent d'être suivis de façon approfondie.

Deux types de virus ont été mis en évidence dans les cas d'infection à VIH : Ce sont le VIH1 et le VIH2 dont la répartition est la suivante :

- VIH 1 = 94%
- VIH 2 = 04%
- VIH 1 + VIH 2 = 02%

c) Prévalence des IST

Il n'existe pas d'étude nationale qui donne la situation globale des IST dans le pays.

Cependant, d'après les données publiées par SIDA2 en 1999, on note une augmentation régulière des cas notifiés : 12479 cas dont 82% chez les femmes en 1997, et 17243 cas dont 77% chez les femmes en 1999 dans sa zone d'intervention.

Les syndromes les plus couramment retrouvés sont : l'écoulement vaginal 44%, le syndrome inflammatoire pelvien 27%, l'écoulement urétral 11%, l'ulcération génitale 2%, les autres syndromes 16% . Ces données ont été recensées dans 28 formations sanitaires de la Basse Guinée .

➤ PROJECTION DE L'IMPACT DE L'EPIDEMIE DU VIH/SIDA EN GUINEE

L'équipe nationale de formulation du Cadre Stratégique Nationale pour une riposte multisectorielle contre le VIH/SIDA pour 2003-2007 , a organisé une session commune pour le calcul des estimations de l'impact du VIH/SIDA dans le pays.

Ce calcul est basé sur les données de l'étude transversale de la prévalence du VIH en Guinée réalisée en 2001. Ces données se réfèrent aux taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes consultant des services des soins prénataux tant des zones urbaines que rurales des 4 régions naturelles et de Conakry.

Suite à l'utilisation du logiciel « EPIMODEL » de l'OMS conformément aux recommandations de cette organisation, il a été constaté que la prévalence minimale du VIH parmi les adultes de la population générale de chaque région était égale aux taux observés chez les femmes enceintes. Comme les régions administratives ne correspondent pas aux régions naturelles et que les données recueillies ne sont pas relatives à chaque région administrative, l'équipe technique nationale s'est chargée d'octroyer aux régions administratives les taux de la région naturelle la plus proche en termes de situation de vulnérabilité.

En fonction des taux retenus, l'équipe a procédé au calcul des populations urbaines et rurales, âgées de 15 – 49 ans de chacune des 8 régions administratives, pour l'année 2001, et a calculé ainsi les prévalences régionales brutes du VIH. Avant d'appliquer ces données au logiciel EPIMODEL, l'équipe a considéré que l'année de diffusion à large échelle du VIH en Guinée était 1990. Par ailleurs, en examinant les données antérieures de la prévalence du VIH, l'équipe a décidé d'utiliser la fonction Gamma 5 et la position 202 pour caractériser l'évolution annuelle de l'incidence de l'infection par le VIH. Les données ainsi obtenues ont été validées en comparant l'estimation du nombre cumulé de cas de SIDA avec le nombre déclaré en 2001 par le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), en tenant compte de la non déclaration par le secteur privé, et en comparant les chiffres estimés par EPIMODEL des infections pédiatriques avec celui obtenu par l'application du taux moyen national d'infection observé parmi les femmes enceintes (2,8%). Ceci signifierait que le taux de déclaration en 2001 serait de 44% et que le nombre d'infections pédiatriques en 2001 serait de 3300.

d) PROJECTIONS DE L'EPIDEMIE VIH/ SIDA EN GUINEE 2001 - 2008

Pays

Années	Total VIH adultes	Infections	Cas de Sida	Nombre d'orphelins	Nouvelles infections pédiatriques
		nouvelles adultes			
2001	100774	23561	1830	7626	3373
2002	121686	25839	2460	12229	3400
2003	143082	27751	3196	18600	4150
2004	164455	29278	3950	27000	4930
2005	165336	30419	4775	37000	5750
2006	205305	31185	5607	49000	6520
2007	223998	31598	6460	62300	7300
2008	241104	31684	7517	77300	8000

Conakry

Années	Total VIH adultes	Infections	Cas de Sida	Nombre d'orphelins	Nouvelles infections pédiatriques
		nouvelles adultes			
2001	31429	7400	570	2400	830
2002	38000	8000	770	3800	1050
2003	44600	8700	990	5800	1300
2004	51300	9000	1230	8450	1555
2005	57800	9500	1500	11600	1800
2006	64000	9700	1750	15300	2050
2007	70000	9850	2000	19500	2300
2008	75200	9900	2300	24100	2500

Boké

Années	Total VIH adultes	Infections nouvelles adultes	Cas de Sida	Nombre d'orphelins	Nouvelles infections pédiatriques
2001	6890	1600	570	2400	830
2002	8300	1750	770	3800	1050
2003	9750	1900	990	5800	1300
2004	11200	200	1230	8450	1555
2005	12650	2100	1500	11600	1800
2006	14000	2130	1750	15300	2050
2007	15300	2154	2000	19500	2300
2008	16500	2160	2300	24100	2500

Kindia

Années	Total VIH adultes	Infections nouvelles adultes	Cas de Sida	Nombre d'orphelins	Nouvelles infections pédiatriques
2001	7710	1800	140	590	200
2002	9300	2000	188	950	260
2003	11000	2150	250	1450	320
2004	12600	2250	300	2100	380
2005	14200	2350	370	2850	450
2006	15700	2400	430	3750	500
2007	17200	2400	500	4800	560
2008	18500	2430	500	5900	610

Mamou

Années	Total VIH adultes	Infections	Cas de Sida	Nombre d'orphelins	Nouvelles infections pédiatriques
		nouvelles adultes			
2001	5531	1300	100	420	146
2002	6680	1420	135	670	285
2003	7850	1520	174	1020	230
2004	9300	1600	220	1480	270
2005	10200	1670	260	2050	315
2006	11300	1720	310	2700	360
2007	12300	1740	350	3420	400
2008	13240	1740	400	4240	440

Labé

Années	Total VIH adultes	Infections	Cas de Sida	Nombre d'orphelins	Nouvelles infections pédiatriques
		nouvelles adultes			
2001	6807	1600	123	515	180
2002	8220	1750	170	830	230
2003	9660	1880	215	1260	280
2004	11100	1980	270	1830	330
2005	12520	2050	320	2510	390
2006	13860	2100	380	3300	440
2007	15130	2130	440	4210	490
2008	16300	2140	490	5210	540

Faranah

Années	Total VIH adultes	Infections	Cas de Sida	Nombre d'orphelins	Nouvelles infections pédiatriques
		nouvelles adultes			
2001	7825	1830	142	590	210
2002	9450	2010	190	950	260
2003	11110	2160	250	1440	320
2004	12770	2270	310	2100	380
2005	14400	2360	370	2890	450
2006	15950	2420	435	3800	510
2007	17400	2450	500	4840	560
2008	18720	2460	570	6000	620

Kankan

Années	Total VIH adultes	Infections	Cas de Sida	Nombre d'orphelins	Nouvelles infections pédiatriques
		nouvelles adultes			
2001	13182	3080	240	1000	350
2002	15920	3380	320	1600	440
2003	18720	3630	420	2430	540
2004	21570	3830	520	3540	650
2005	24240	3980	620	4860	750
2006	26860	4080	730	6400	850
2007	29300	4130	840	8450	950
2008	31540	4140	950	10010	1050

N'Zérékoré

Années	Total VIH adultes	Infections	Cas de Sida	Nombre d'orphelins	Nouvelles infections pédiatriques
		nouvelles adultes			
2001	21420	5010	390	1620	570
2002	25870	5490	520	2600	720
2003	30410	5900	680	3950	880
2004	34960	6220	840	7750	1050
2005	39400	6470	1010	7900	1220
2006	43640	6630	1190	10400	1390
2007	47610	6720	1390	13250	1550
2008	51250	6740	1750	16420	1690

1.3. ANALYSE DE LA SITUATION AU NIVEAU DES GROUPES PRIORITAIRES

En fonction des groupes prioritaires retenus on retrouve les éléments suivants :

a) Chez les Jeunes

Au nombre des déterminants qui favorisent la propagation de l'infection chez les jeunes on peut retenir:

- ✓ La précocité des activités sexuelles chez les jeunes filles avec des partenaires plus âgés;
- ✓ L'absence de communication entre les parents et leurs enfants sur les problèmes de la sexualité.
- ✓ La faible utilisation du condom.
- ✓ Le faible niveau de scolarisation des jeunes filles.

Les problèmes des jeunes par rapport au VIH/SIDA sont :

- ✓ L'insuffisance d'informations fiables sur la sexualité et plus particulièrement sur l'infection VIH/SIDA.
- ✓ La non prise en compte des problèmes de la sexualité au niveau de l'éducation familiale, scolaire et communautaire.
- ✓ L'inexistence ou l'insuffisance de structures adéquates d'écoute, de conseils aux jeunes en matière de sexualité.

b) Chez les femmes

Les déterminants suivants ont été recensés :

- ✓ Le faible niveau d'instruction,
- ✓ La dépendance économique,
- ✓ La sexualité et le mariage précoce,
- ✓ Le poids des facteurs socioculturels.

En plus des besoins recensés au niveau des jeunes, les femmes sont surtout confrontées aux problèmes de la faiblesse de leur statut socioéconomique et juridique qui les maintient dans un état de dépendance vis à vis des hommes.

c) Au niveau des réfugiés

Depuis 1989, les guerres du Libéria, de la Sierra Léone et de la Guinée Bissau ont entraîné les populations de ces pays à migrer dans les pays limitrophes. La Guinée est ainsi devenue un site d'accueil de ces populations réfugiées dont le nombre est estimé aujourd'hui à environ 800.000 personnes. Les femmes et les enfants sont les principales victimes de ces conflits et représentent la plus grande partie de ces populations. Pour survivre, ces femmes sont obligées de se livrer à des métiers divers à faibles revenus. Certaines ont vite fait de s'orienter vers la prostitution et se mobilisent de plus en plus vers les grands centres du pays. Si au début des conflits on pouvait délimiter avec précision les zones de concentration des réfugiés, on note aujourd'hui une tendance à la migration vers d'autres sites jusque là épargnés. La Guinée Forestière et Forécariah en Basse Guinée sont les régions les plus exposées à cette migration forcée des populations du Libéria et de la Sierra Léone.

Les réfugiés dans les camps visités sont des Sierra Léonais en majorité (97%) et des Libériens (3%).

Les populations réfugiées sont issues de communautés rurales qui pratiquent le lévirat, le sororat, la circoncision et l'excision et parfois des scarifications. Dans les camps visités des cas n'ont pas été rapportés.

L'Analyse de la Situation effectuée au niveau des camps de Kissidougou et Dabola dégage les déterminants suivants :

- ✓ La promiscuité dans les camps en attendant l'abri définitif
- ✓ La présence du camp militaire dans la ville et la présence permanente et rotative des forces de sécurité dans les camps
- ✓ Le brassage continu des réfugiés avec la communauté hôte,
- ✓ La différence de couverture des besoins de prévention en IST/VIH/SIDA entre les réfugiés et les populations hôtes
- ✓ La prostitution de survie
- ✓ Les violences sexuelles et les viols
- ✓ Les injections de drogue
- ✓ Les femmes seules et chefs de famille
- ✓ Les enfants non accompagnés et les mineurs faisant le ménage
- ✓ L'obligation de célibat géographique pour les travailleurs humanitaires

d) Les Prostituées

La prostitution existe en Guinée sous diverses formes. On distingue deux principales sortes de prostitution :

- La prostitution affichée :

Ce sont généralement les professionnelles, vivant essentiellement des revenus de leur prestation de service, elles ne mènent pas d'autres activités rémunératrices

- La prostitution clandestine ou occasionnelle ou encore cachée :

Ces prostituées vont à la rencontre des clients partout où ceux-ci peuvent se trouver. Elles mènent une activité économique qui leur sert de couverture.

Ces catégories sont les suivantes selon leurs activités de couverture :

- ✓ Vendeuses
- ✓ Commerçantes
- ✓ Couturières ;
- ✓ Coiffeuses
- ✓ Elèves
- ✓ Orpailleuses (mariage de courte durée dans les mines d'or).

Elles se prostituent pendant ou après les heures habituelles de service et ne se reconnaissent pas prostituées. C'est le groupe le plus difficile à toucher, le véritable problème est posé par cette forme de prostitution cachée.

Les principaux déterminants retenus sont :

- ✓ La pauvreté
- ✓ Arrêt des études (déperdition scolaire)
- ✓ Relâchement de l'encadrement familial
- ✓ Manque de Centres de suivi des prostituées.
- ✓ Exode rural,
- ✓ L'immigration (conflits armées : Libéria, Sierra Léone)
- ✓ Le mariage précoce.

e) Secteur Minier

Plus de 600 000 personnes (8,5% environ de la population guinéenne) travaillent dans le secteur des mines. L'exploitation artisanale du diamant et de l'or peut employer selon les saisons entre 10 et 40% de la population des zones concernées. Les zones d'exploitation minières de Fria et de Kamsar (Boké), de Siguri, de Macenta connaissent ces dernières années une grande affluence.

Trois principaux déterminants ont été identifiés, il s'agit :

- ✓ La promiscuité sexuelle ;
- ✓ Les contrats de mariage à durée déterminée ;
- ✓ La faiblesse des revenus des familles ;

f) Armée et Forces de Sécurité Publique

L'Armée et les services de police en tant que collectivités bien organisées constituent une partie vive de la population Guinéenne. leurs missions multiples les amènent à se déployer sur toute l'étendue et en dehors du territoire National.

Ces hommes et femmes dont l'âge moyen est de trente cinq ans sont sexuellement très actifs.

Les déterminants suivants entretiennent la propagation de l'infection dans ce groupe:

- ✓ Célibat géographique dans les zones de conflit ;
- ✓ Insuffisance du personnel médical ressource
- ✓ Faible utilisation du préservatif
- ✓ L'insuffisance de casernes pour les militaires et les forces de sécurité.

Au total les principaux déterminants qui entretiennent la propagation de l'épidémie, tant au niveau des groupes vulnérables que dans la population générale, en milieu urbain et en milieu rural, sont :

- ✓ La multiplicité des partenaires sexuels,
- ✓ La résistance à l'utilisation du préservatif,
- ✓ Le faible pouvoir économique des populations,
- ✓ Le Taux élevé d'analphabétisme,
- ✓ L'augmentation du phénomène de prostitution et du commerce de sexe,
- ✓ Le déni de l'existence de l'épidémie,
- ✓ La toxicomanie (abus de drogue par voie orale chez les jeunes).

Deux principaux **obstacles** ont été identifiés, lors de cette analyse :

- ✓ L'un d'ordre socio culturel : le poids de la tradition et de la culture ,
- ✓ L'autre d'ordre religieux : l'opposition des religions vis à vis de l'utilisation du condom.

g) Les Opportunités

Malgré ces obstacles l'espoir est permis car le groupe technique du processus de planification stratégique a recensé toutes les opportunités qu'il faudra exploiter pour renverser les tendances évolutives de l'épidémie. Il s'agit surtout de :

- ✓ L'engagement politique au plus haut niveau de l'Etat,
- ✓ La disponibilité des partenaires au développement à accroître leur appui technique et financier
- ✓ Des structures et approches mises en place par les différents ministères pour renforcer la réponse locale tels les comités préfectoraux, sous préfectoraux, les clubs anti SIDA, les radio rurales et communautaires, les centres d'écoute et d'orientation pour les jeunes, les agents vulgarisateurs et auxiliaires , les ONG et Associations en milieu rural...

II. ANALYSE DE LA REPONSE

L'analyse de la riposte nationale a confirmé les domaines prioritaires identifiés et a permis d'expliquer pourquoi ces domaines sont restés problématiques .

2.1. CADRE INSTITUTIONNEL

La Guinée dispose d'un programme national de lutte contre les IST/VIH/SIDA, des comités régionaux, préfectoraux et sous préfectoraux. L'analyse du fonctionnement de ces différentes structures révèle une insuffisance de coordination des activités de lutte contre le SIDA. La création d'un cadre institutionnel approprié et le renforcement de la structure de coordination du CNLS sont indispensables pour lui permettre de répondre efficacement à son rôle de coordination nationale.

2.2. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

Le pays dispose d'un système de surveillance épidémiologique par sites sentinelles et de surveillance du VIH chez les tuberculeux depuis 1992.

Les sites sentinelles pour les femmes enceintes , les malades IST , à l'exception des malades tuberculeux ne fonctionnent plus depuis 1996. Certains problèmes subsistent pour rendre fonctionnel le système telle : L'absence de chaîne ELISA fonctionnelle et de réactifs d'équipements de base au niveau des CHU et des laboratoires régionaux pour assurer le dépistage fiable et la confirmation.

Les IST en dehors des zones couvertes par SIDA2 (Conakry, Fria, Boké) et PRISM (Régions naturelles, Haute Guinée et Guinée Forestière), les autres régions n'ont pas été incluses dans les données épidémiologiques depuis au moins les dernières années, et l'on ne possède par conséquent aucune information sur la corrélation entre le taux de prévalence des IST et l'épidémie du VIH/SIDA.

2.3. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

De nombreuses campagnes de sensibilisation en direction du grand public et de certains groupes vulnérables (jeunes, prostituées, routiers, femmes, réfugiés) notamment dans les villes ont été menées, mais force est de reconnaître que les techniques et les supports utilisés ne sont pas toujours adaptés aux groupes vulnérables.

Toutefois, certaines expériences positives méritent d'être étendues et généralisées, par exemple l'utilisation des radios rurales.

2.3.1 Marketing du préservatif

Il existe en Guinée une ONG nationale OSFAM/PSI qui assure le marketing social avec un réseau de distribution nationale et régionale des préservatifs à coût abordable (25 FG l'unité). Ce réseau est limité seulement aux grands centres urbains et aux cités minières.

2.3.2 Sécurité Transfusionnelle

La Guinée dispose d'une politique nationale de transfusion sanguine avec un plan d'action pour le centre National de Transfusion Sanguine et les unités de sécurité transfusionnelle des laboratoires : le dépistage du VIH, de l'Hépatite B, et de la syphilis est systématique chez les donateurs à Conakry ; les prestataires du centre national de Transfusion sanguine (CNTS) sont formés à la pratique transfusionnelle, cependant les infrastructures du centre et des unités régionales sont inappropriées (locaux exigus et vétustes) avec une insuffisance de ressources financières et matérielles. Ce qui pourrait expliquer l'insuffisance d'intégration et de décentralisation de l'assurance qualité en matière transfusionnelle.

2.3.3 Infections Sexuellement Transmises (IST)

Au niveau National, il existe une politique de prise en charge par l'approche syndromique, cette prise en charge est limitée entièrement à deux régions naturelles (Haute Guinée, Basse Guinée) et en partie à une troisième région (Moyenne Guinée).

2.3.4 Prévention de la transmission mère - enfant

Des efforts importants sont faits actuellement pour l'élaboration de la politique de prévention de la transmission mère – enfant, mais aucun programme n'est encore mis en place.

2.3.5 Prévention en milieu de soins

La sensibilisation des prestataires sur l'importance de se prémunir contre les risques de contamination est encore insuffisante, il n'existe pas de guide pour la prise en charge en cas d'exposition accidentelle aux produits sanguins.

2.3.6 Dépistage et Prise en Charge

Le dépistage des personnes infectées se fait dans les laboratoires du CHU et de certaines formations sanitaires publiques et privées. La confirmation est réalisée par le laboratoire National de référence.

Il n'y a pas de stratégies permettant aux secteurs privé et public de collaborer dans la promotion des services de dépistage et de prise en charge des malades. La prise en charge médico – psychosociale, même si elle a démarré dans certaines structures sanitaires (Hôpitaux nationaux et Universitaires, certaines cliniques de l'AGBEF et hôpitaux des zones minières) est encore inexistante dans la plupart des formations sanitaires du pays. Les malades testés ne sont pas informés de leur statut sérologique.

Du point de vue des ressources humaines il est important de noter qu'un certain nombre de médecins a été formé pour la prescription des ARV.

2.3.7 Réponse en faveur des groupes spécifiques

a) Les jeunes

Au niveau des jeunes, certaines actions spécifiques méritent d'être citées :

- ✓ La création des centres d'Ecoute de Conseil et d'Orientation des Jeunes (CECOJE),
- ✓ Les Clubs Anti SIDA au niveau des établissements Scolaires et Universitaires.
- ✓ La formation des pairs éducateurs avec les différents partenaires

- ✓ L'organisation de causeries éducatives, de conférences scientifiques dans les écoles , lycées, et universités, par les inspections régionales et les directions préfectorales de l'éducation.

b) Les femmes

Bien que l'analyse de la situation ait montré qu'il s'agit d'un groupe prioritaire, très peu d'actions spécifiques ont été menées dans ce sens. Il s'avère indispensable de leur donner les moyens de mieux se protéger, (éducation, code de famille...).

c) Les Réfugiés

- ✓ Il existe une collaboration entre le PNLIS et le HCR en ce qui concerne les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA.
- ✓ Des préservatifs sont disponibles en permanence et gratuit pour eux.
- ✓ La GTZ, l'IRC et Action Contre la Faim apportent une assistance technique à ces populations vulnérables.

Il existe un programme scolaire au sein des camps de réfugiés qui prend en compte la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

d) Les prostituées.

Des mesures législatives et d'éducation sont indispensables ; des actions adaptées existent, mais à une échelle très insuffisante. Elles méritent d'être étendues à grande échelle,

e) Le secteur minier

Les miniers constituent un groupe vulnérable en faveur duquel très peu d'actions de prévention ont été menées.

f) L'Armée et les forces de sécurité publique

Une cellule d'IST/VIH/SIDA disposant des ressources humaines a été créée. Des plaidoyers en direction de la hiérarchie militaire sont en cours pour institutionnaliser et faciliter des activités de sensibilisation dans les garnisons.

2.4. Synergie des Partenaires à la Réponse Nationale

La lutte contre le VIH/ SIDA est appuyée par de nombreux partenaires qui ont intégré le volet VIH/ SIDA dans leurs différents programmes de développement (Agences co-parrainantes ONUSIDA, USAID, Union Européenne, coopération Française, coopération Canadienne, GTZ, etc.) .

Tous les partenaires au développement se sont impliqués dans l'élaboration du cadre stratégique national de lutte contre les IST / VIH/ SIDA 2003 – 2007 de la Guinée.

Le groupe Thématique ONUSIDA est opérationnel avec une présidence tournante tous les ans. Il est composé de tous les chefs d'agences des Nation Unies (UNICEF, PNUD, OMS, FNUAP, UNESCO, BM, FMI, PAM, FAO, HCR) ; il sera bientôt élargi au gouvernement et aux partenaires bilatéraux : Union Européenne, USAID, GTZ, Coopération Française, Coopération Suisse, Coopération Belge, Coopération Canadienne.

Depuis le début de l'année 2002 l'UNICEF assure la présidence et la Banque Mondiale la vice- présidence du groupe thématique ONUSIDA- GUINEE. Le groupe thématique est appuyé par un Conseiller de Programme Pays ONUSIDA (CPP).

Le Groupe Thématique représente le moteur pour le plaidoyer, la mobilisation des ressources et permet- une coordination effective des interventions de l'ensemble des bailleurs de fonds et partenaires au développement en matière de lutte contre le VIH/ SIDA.

Cette analyse nous a conduit à développer une cartographie du partenariat (cf. tableau 2 ci-dessous) qui met en exergue les différents domaines financés par les principaux partenaires au développement.

Tableau n°2 : Cartographie du partenariat

Activités essentielles	UNICEF	BM	FNUAP	PNUD	USAID	UE	GTZ	CANADA	Cop. Fçaise	JAPON	MSF-B	OMS
Traitement des IST		X			X		X	X			X	
Prise en charge des PVVIH						X			X	X	X	X
PTME	X	X										
PTS VIH	X	X				X						X
CCC	X	X	X		X		X	X	X			
Utilisation du préservatif		X	X		X		X					
Actions génératrices de revenus					X							
Activités connexes												
Plaidoyer		X	X									
Elaboration guides référence	X	X	X		X			X				X
Contrôle de qualité		X					X					
Formation	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X
Recherche	X	X			X		X	X				
Supervision		X			X		X					
Mobilisation ressources				X								
Gestion												
- Programmatique				X			X					
- Financière												
Surveillance épidémiologique		X			X		X	X			X	X

2.5. Recommandations

Au terme de l'Analyse de la Réponse, les recommandations suivantes ont été formulées :

- 1- Créer un cadre institutionnel favorable au développement de la multisectorialité dans la lutte contre le VIH/IST/SIDA en vue de renforcer l'engagement et l'implication de tous les secteurs et acteurs de la société.
- 2- Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer en direction des autorités politiques, religieuses, administratives à tous les niveaux et des leaders d'opinion en vue d'accroître l'engagement de tous les partenaires et de mobiliser davantage de ressources financières au profit de la lutte.
- 3- Doter le PNPCS d'un système fonctionnel de surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA capable de mettre régulièrement à la disposition de tous les acteurs des données fiables sur la séroprévalence, les cas d'IST et de SIDA et la surveillance comportementale.
- 4- Multiplier et renforcer toutes les initiatives susceptibles de promouvoir le changement de comportement des groupes vulnérables (jeunes, femmes, militaires, réfugiés, prostitués) en encourageant l'appropriation des activités d'IEC (CCC) par les pairs éducateurs.
- 5- Elaborer et adopter une politique nationale de prise en charge des PVVIH/SIDA dans laquelle un accent particulier doit être mis sur l'accessibilité financière et géographique aux médicaments ARV et pour le traitement des Infections Opportunistes.
- 6- Encourager les mouvements associatifs au niveau des groupes vulnérables (jeunes, femmes, prostitués) de même que les associations des PVVIH en leur octroyant les ressources financières pour le développement des activités génératrices de revenu.
- 7- Mettre en place un mécanisme fonctionnel de formation/recyclage dans le domaine du VIH/SIDA/IST et plus particulièrement dans celui de la prise en charge médicale psychosociale et de laboratoire pour toutes les catégories de personnels et ONGs cela, à tous les niveaux.
- 8- Redynamiser toutes les instances du niveau intermédiaire et périphérique du cadre institutionnel pour leur permettre de mener des activités de suivi et de coordination de façon efficace et efficiente.
- 9- Mettre en place un système efficace de suivi évaluation des personnels formés dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA.
- 10- Accroître la participation financière de l'Etat à la lutte contre le SIDA et faciliter l'utilisation effective de ces fonds au profit de la lutte.
- 11- Doter de façon régulière les laboratoires en matériels, équipements et réactifs pour le dépistage (diagnostic et sécurité transfusionnelle) et le suivi des patients PVVIH/SIDA.

- 12- Créer des structures de référence opérationnelles de prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH, de diagnostic des IST et d'étude de résistance des souches aux antibiotiques .
- 13- Mettre en place un programme de prévention de la transmission mère - enfant.
- 14- Créer un fond national de solidarité pour la prise en charge des PVVIH et qui devra être alimenté par les ressources du budget national, des partenaires, des entreprises, services et tout autre acteur de la société civile.
- 15- Promouvoir des activités de recherche sur le VIH/SIDA/IST pour l'octroi de fonds et de subvention aux instituts et organismes de recherche et encourager la coopération sud - sud et nord-sud en la matière.
- 16- Créer des centres de dépistage volontaire anonyme et gratuit.
- 17- Créer des centres de traitement ambulatoire à Conakry et au niveau des régions.
- 18- Mettre en place un centre de documentation sur les IST/VIH/SIDA accessible à toute personne intéressée à la recherche documentaire.
- 19- Mettre en place un comité d'Ethique Droit et VIH.
- 20- Renforcer les mesures de prévention et de prise en charge du personnel exposé aux AES (Accident d'Exposition au Sang et dérivés).

III. CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA

3.1. Principes directeurs

Au niveau International

La Guinée a adhéré à plusieurs conventions , décisions, chartes et recommandations notamment :

- La déclaration universelle des droits de l’homme et des peuples (1948) ;
- La stratégie des soins de santé primaire (SSP) ALMA ATA (1981) ;
- La convention sur l’élimination de toutes les formes de discrimination à l’égard des femmes (09 Août 1982) ;
- Les recommandations de l’OMS (session 1986) sur la lutte contre le SIDA dans tous les pays ;
- La convention relative aux droits de l’enfant (13 Juillet 1990) ;
- Le rapport du Secrétaire Général des Nations Unies au sommet du millénaire (New York Septembre 2000) ;
- La déclaration d’engagement sur le VIH/SIDA à la 26^{ème} session extraordinaire de l’assemblée générale des Nations Unies (Juin 2001).

Au niveau Africain

La République de Guinée a adhéré à :

- La déclaration de Dakar relative à l’épidémie du SIDA en Afrique (1992) ;
- L’appel d’Alger pour l’intensification de la lutte contre le SIDA en Afrique (Août 2000) ;
- L’engagement d’actions de Ouagadougou pour la mise en oeuvre des décisions et recommandations des chefs d’Etats et de Gouvernements de l’OUA en vue du renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- La déclaration de la 2^{ème} réunion de la commission indépendante de l’Afrique et les enjeux du 3^e millénaire en 2000 ;
- La déclaration des chefs d’Etat de l’OUA sur le VIH/SIDA à Lomé (Juillet 2000) ;
- L’initiative de Bamako sur les soins de santé primaire (SSP) ;
- Les recommandations de Gorée relatives à l’accès aux ARV dans la prise en charge des PVVIH en Afrique (2001) ;
- La charte africaine des droits de l’Homme et des Peuples ;

Au niveau national

La République de Guinée a adopté de nombreux actes juridiques et administratifs portant sur les questions liées à la santé et à l’infection VIH/SIDA. Il s’agit entre autres de ;

- La Loi Fondamentale garantissant à tous citoyens de la République de Guinée le droit à la santé, le droit à la vie (1991) ;
- La Déclaration de Politique de Population en 1992 ;
- Les recommandations du forum national de la santé (1997) ;
- Le Décret n° D/229/PRG/SGG (25/novembre 1998), portant adoption de la politique nationale de lutte contre le SIDA ;
- Les Directives sur la prise en charge et de diagnostic biologique des IST/VIH/SIDA ;
- La loi L10 sur la santé de la reproduction (protection de l’intégrité physique de la personne humaine, protection des droits des personnes vivant avec le VIH) ;

- Le décret N° 98 du 25/03/98 relatif à la Politique Nationale de Transfusion Sanguine.

3.2. Objectifs Généraux

- 1- Créer un cadre institutionnel favorable au développement de la multisectorialité et à une coordination efficace de la lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- 2- Promouvoir par la communication, la prise de conscience et l'appropriation de la lutte contre les IST/VIH/SIDA par les communautés ;
- 3- Assurer la prise en charge médicale et psychosociale correcte des PVVIH de la Guinée.
- 4- Assurer une surveillance épidémiologique fiable des IST/VIH SIDA ;
- 5- Développer un plan de formation et de recyclage pour tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les IST/VIH/SID ;.
- 6- Réduire à moins de 15% la transmission mère enfant du VIH ;
- 7- Promouvoir la recherche sur les IST/VIH/SIDA ;
- 8- Créer un environnement favorable pour la protection des droits et devoirs des PVVIH ;
- 9- Assurer à 100% la sécurité Transfusionnelle par rapport au VIH ;
- 10- Minimiser la transmission du VIH durant toute pratique invasive .et en milieux de soins ;
- 11- Réduire la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles en Guinée ;
- 12- Augmenter le taux d'utilisation des préservatifs ;
- 13- Intensifier les réponses locales communautaires sur les IST/VIH/SIDA ;
- 14- Renforcer les capacités des femmes à s'engager dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- 15- Améliorer la gestion des ressources humaines, matérielles et financières.

3.3. Cadre institutionnel

La pandémie du SIDA étant désormais perçue comme un problème de développement, tous les partenaires et acteurs doivent renforcer leur collaboration sur le plan technique et financier. Les autorités administratives, traditionnelles, religieuses et les élus locaux doivent apporter leur appui à tous les niveaux dans l'élaboration et la mise en œuvre de la riposte nationale.

Afin d'assurer une bonne exécution du programme, il est important que soient développées des synergies entre les différentes institutions impliquées. Ces synergies se traduisent notamment par la mise en place d'un cadre de concertation et d'échange.

Etant donné le caractère transversal de la lutte contre le SIDA et l'implication de toutes les structures du pays, il est indispensable que le programme multisectoriel soit exécuté par un Comité National de lutte contre le SIDA (CNLS).

C'est pourquoi dans le cadre de son Plan stratégique, le Gouvernement Guinéen met en œuvre un Programme National de lutte contre le SIDA placé sous la tutelle de la Primature. Cette tutelle s'exerce à travers l'adoption d'un plan multisectoriel, la mise en place d'organes de coordination multisectorielle, le suivi et l'évaluation des différentes composantes du programme en collaboration avec l'ensemble des partenaires des secteurs publics et privés, de la société civile et des bailleurs de fonds. L'organe d'exécution du programme est le Secrétariat exécutif du CNLS.

Le Comité National de Lutte contre le SIDA est créé par le **décret N°016 du 5 mars 2002**

**Comité National de lutte contre le SIDA (DECRET N° D/ 2002/ 016 / PRG/ SGG
et ARRETE N° 1855/ PM/ CAB/ 2002)**

Article 1^{er} : Composition

Le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) est composé comme suit :

Président : Premier Ministre
 1er Vice- Président : Ministre de la Santé Publique
 2ème Vice- Président : Ministre des Affaires Sociales de la Promotion Féminine et de l'Enfance
 3^{ème} Vice- Président : Ministre de la Jeunesse, des Sports et de la Culture
 Rapporteur : Ministre de la communication

Membres :

Le Ministre ou son représentant :

- Chargé de la Défense Nationale ;
- Chargé de l'Agriculture et d'Elevage ;
- Chargé de la Pêche et de l'Aquaculture ;
- Chargé de l'emploi et de la fonction publique ;
- Chargé de l'urbanisme et de l'habitat ;
- Chargé du secrétariat général à la présidence ;
- Chargé des affaires étrangères ;
- Chargé de l'enseignement technique et de la formation professionnelle
- Chargé de la sécurité ;
- Chargé du plan ;
- Chargé de la coopération ;
- Chargé de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation ;
- Chargé des Mines et de la Géologie ;
- Chargé de la Justice ;
- Chargé du Commerce et de l'Industrie ;
- Chargé des Transports et des Travaux Publics ;
- Chargé de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ;
- Chargé de l'Enseignement Pré - Universitaire et de l'Education Civique ;
- Chargé de l'Hôtellerie et du Tourisme ;
- Un représentant du Réseau des ONG de lutte contre le SIDA
- Un représentant des PVVIH ;
- Le Président de la CAJEG ;
- La Présidente de la COFEG ;
- La Présidente du Comité National pour le Volontariat ;
- Le Président du Patronat
- Un représentant de la Ligue Islamique Nationale ;
- Un représentant de l'Eglise Catholique ;
- Un représentant de l'Eglise Anglicane
- Un Représentant de chaque Institution Républicaine ;
- Un représentant de la Chambre des mines ;
- Un représentant de la Chambre de commerce ;
- Un représentant des Syndicats

Le CNLS dispose d'un secrétariat administratif chargé d'appuyer le Président du comité et les autres structures intervenant dans la lutte contre le SIDA. Le secrétariat administratif relève de l'autorité directe du président du comité.

Article2 : Attributions

Sous l'autorité du Premier Ministre a pour mission de coordonner la lutte contre les IST/VIH/SIDA, en appuyant le Gouvernement pour la détermination et la mise en œuvre des stratégies de lutte.

A ce titre, il est chargé de :

- Définir la politique générale de lutte contre le SIDA en Guinée et d'en fixer les grandes orientations et les objectifs généraux
- Orienter et impulser les activités de lutte contre le SIDA au niveau national.
- Assurer la cohérence des interventions des différents partenaires
- Approuver les plans d'action annuels, les budgets des associations et suivre la mise en œuvre des activités liées aux différents volets du programme multisectoriel de lutte contre le SIDA.
- Coordonner les interventions des départements Ministériels et institutions impliqués ;
- Rechercher les financements et appuis nécessaires aux activités de lutte contre le SIDA ;

Article3 : Fonctionnement

Le CNLS placé sous la tutelle de la primature, assure la coordination des activités des comités sectoriels, régionaux, préfectoraux, communaux et ruraux de lutte contre le SIDA.

Le CNLS se réunit en session ordinaire deux fois par an sur convocation de son Président. Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande du Président ou de la majorité des membres.

La convocation aux réunions est envoyée par le rapporteur du CNLS au moins 15 jours avant la date prévue pour la réunion.

Le rapporteur consigne sur un registre spécialement destiné à cet effet, le procès verbal des réunions

Article4 : Structures du CNLS

Il est créé au niveau de chaque département ministériel, région administrative, Préfecture, Commune et CRD, un comité local de lutte contre le SIDA.

Article5 : Le Comité sectoriel de lutte contre le SIDA

Le comité sectoriel de lutte contre le SIDA est le relais du Comité National au niveau de son secteur impliquant la société civile. Il a pour mission de coordonner la lutte contre les IST/SIDA au niveau de son secteur et en rapport avec les autres structures. Il veille à la mise en place des réponses appropriées au niveau de son secteur. Il s'assure de la bonne circulation de l'information sur les IST/SIDA au niveau de son secteur. Il veille à insérer le département

et la société civile relevant de son secteur dans le mouvement national et sectoriel de lutte contre les IST/SIDA.

Il adresse un rapport semestriel d'activités et de résultats au Comité National. Il s'assure par tous les moyens de l'efficacité de la lutte au niveau de son secteur.

Le comité ministériel de lutte contre le SIDA est composé de trois membres dont une femme au moins, nommés par le Ministre qui peut à tout moment mettre fin à leur fonction en cas d'inefficacité ou de faute. Le Comité est présidé par le Ministre.

Article 6 : Le Comité régional de lutte contre le SIDA

Le Comité régional de lutte contre les IST/SIDA est le relais du Comité National au niveau régional. Il est présidé par le Gouverneur de Région.

Il a pour mission de coordonner la lutte contre les IST/SIDA au niveau régional, en rapport avec les autres structures de lutte. Il veille à la mise en place des réponses appropriées au niveau régional. Il s'assure de la bonne circulation de l'information sur les IST/SIDA au niveau régional. Il veille à insérer la région dans le mouvement national et sectoriel de lutte contre les IST/SIDA.

Il adresse un rapport semestriel d'activités et de résultats au Comité National. Il s'assure par tous les moyens de l'efficacité de la lutte au niveau régional.

Il assure le suivi des activités menées à la base et le contrôle à posteriori de ces activités.

Le comité régional de lutte contre le SIDA est composé :

- du Gouverneur de la Région, Président du Comité
- des directeurs régionaux ou à défaut des inspecteurs régionaux, représentant les départements au niveau régional,
- du Commandant de la garnison militaire;
- d'un représentant de la Ligue Islamique Nationale;
- d'un représentant de l'Eglise catholique
- d'un représentant de l'Eglise Anglicane;
- d'un au moins et de 3 au plus des ONG représentées dans la région;
- d'un à 3 représentants des syndicats;
- d'un représentant des organisations consulaires ou du Patronat ou du secteur privé;
- de toute personne intéressée par la lutte contre le SIDA au niveau régional.

Article 7 : Le Comité préfectoral de lutte contre le SIDA

Le comité préfectoral de lutte contre les IST/SIDA est le relais du comité au niveau préfectoral. Il est présidé par le Préfet.

Il a pour mission de coordonner la lutte contre les IST/SIDA au niveau préfectoral, en rapport avec les autres structures de lutte. Il veille à la mise en place des réponses appropriées au niveau préfectoral. Il s'assure de la bonne circulation de l'information sur les IST/SIDA au niveau préfectoral. Il veille à insérer la préfecture dans le mouvement national et sectoriel de lutte contre les IST/SIDA.

Il assure le suivi des activités menées à la base et le contrôle à posteriori de ces activités.

Il adresse un rapport trimestriel d'activités et de résultats au Comité Régional. Il s'assure par tous les moyens de l'efficacité de la lutte au niveau préfectoral.

Le comité préfectoral de lutte contre le SIDA est composé :

- du Préfet, Président du Comité;
- du Maire de la Commune;
- des directeurs ou inspecteurs préfectoraux, représentant les départements au niveau préfectoral;
- du Commandant de la garnison militaire;
- d'un représentant de la Ligue Islamique Nationale;
- d'un représentant de l'Eglise catholique;
- d'un représentant de l'Eglise Anglicane;
- d'un au moins et de 3 au plus des ONG représentées dans la région;
- d'un à 3 représentants des syndicats;
- d'un représentant des organisations consulaires ou du Patronat ou du secteur privé;
- de toute personne intéressée par la lutte contre le SIDA au niveau régional.

Article 8 : Le Comité Sous-Préfectoral ou communautaire de lutte contre le SIDA

Le comité sous-préfectoral de lutte contre les IST/SIDA est le relais du comité dans la Sous-préfecture. Il est présidé par le Sous-Préfet.

Il a pour mission de coordonner la lutte contre les IST/SIDA au niveau Sous-Préfectoral, en rapport avec les autres structures de lutte. Il veille à la mise en place des réponses appropriées au niveau Sous-préfectoral. Il s'assure de la bonne circulation de l'information sur les IST/SIDA au niveau Sous-préfectoral. il veille à insérer la Sous-préfecture dans le mouvement national et sectoriel de lutte contre les IST/SIDA.

Il adresse un rapport trimestriel d'activités et de résultats au Comité Préfectoral. Il s'assure par tous les moyens de l'efficacité de la lutte au niveau Sous-préfectoral.

Le comité Sous-préfectoral de lutte contre le SIDA est composé :

- du Sous-Préfet, Président du Comité;
- d'un représentant de chaque département ministériel représenté dans la sous-préfecture;
- d'un représentant de chaque CRD;
- d'un représentant de la Ligue Islamique Nationale;
- d'un représentant de l'Eglise catholique;
- d'un représentant de l'Eglise Anglicane;
- d'un représentant des jeunes,
- d'une représentante des femmes;
- d'un représentant des ONG;
- de toute personne intéressée par la lutte contre les IST/SIDA.

Article 9: Le Comité Communal de lutte contre le SIDA

Le Comité Communal de lutte contre les IST/SIDA est le relais du CNLS dans la commune. Il est présidé par le Maire.

Il a pour mission de coordonner la lutte contre les IST/SIDA au niveau communal, en rapport avec les autres structures de lutte. Il veille à la mise en place des réponses appropriées au niveau communal. Il s'assure de la bonne circulation de l'information sur les IST/SIDA au niveau communal. Il veille à insérer la commune dans le mouvement national et sectoriel de lutte contre les IST/SIDA.

Il adresse un rapport trimestriel d'activités et de résultats au Comité National. il s'assure par tous les moyens de l'efficacité de la lutte au niveau communal.

Le comité communal de lutte contre les IST/SIDA est composé :

- du Maire, Président du Comité;
- du Directeur communal de la santé;
- du Directeur communal de l'Education;
- du Directeur communal de la Jeunesse;
- du Directeur communal des Affaires Sociales, des femmes et enfants;
- d'un à 3 représentants des ONG siégeant dans la commune;
- d'un représentant de l'Eglise Catholique;
- de toute personne intéressée par la lutte contre les IST/SIDA ;
- D'un représentant de la ligue islamique communale

Article10 :. Le secrétariat exécutif

L'exécution de la politique de lutte contre les IST/SIDA définie par le CNLS est assurée par un secrétariat exécutif dont la composition, les attributions et le fonctionnement sont fixés par Arrêté du Premier Ministre.

Le Secrétariat Exécutif est placé sous la tutelle du CNLS auquel il rend compte de ses activités.

Il est composé de :

➤ Au niveau central

- Un secrétaire exécutif et son cabinet
- Une cellule chargée de l'évaluation de la recherche opérationnelle et du suivi
- Une cellule chargée de la gestion administrative et financière
- Une cellule chargée de la communication et documentation interne et externe
- Une cellule chargée de la préparation et du suivi des marchés
- Une cellule chargée de la réponse sectorielle
- Une cellule chargée de la réponse locale

➤ Au niveau régional

Le secrétariat exécutif est représenté dans chaque région par une cellule régionale comprenant :

- ✓ Un responsable de cellule et deux agents dont :
 - L'un chargé des réponses locales
 - L'autre chargé des réponses sectorielles

Les attributions, les modalités de désignation et de révocation des membres du secrétariat exécutif sont détaillées dans l'arrêté N° 1856 / PM/ CAB/ 2002 portant attribution et composition du secrétariat exécutif du CNLS du 6 Mai 2002

Article 11 : Les comptes de gestion des structures chargées de la lutte contre les IST/SIDA en rapport avec le CNLS, notamment ceux du Secrétariat Exécutif sont soumis à l'examen d'un Commissaire aux comptes qui dresse un rapport annuel à l'intention du Comité.

A tout moment le Commissaire aux comptes peut faire des contrôles dans la gestion comptable et financière du Secrétariat Exécutif et faire un rapport au CNLS.

Tous les documents, toutes les conventions ayant une incidence financière sont obligatoirement adressés au Commissaire aux comptes.

Le Commissaire aux comptes est nommé par le Président du Comité pour une durée de deux ans renouvelable.

Il peut être mis fin à ses fonctions à tout moment pour faute ou pour insuffisance professionnelle.

La rémunération du Commissaire aux comptes est fixée par le Président du Comité.

Article 12 : Les partenaires de la Guinée intervenant dans le financement du programme de lutte contre les IST/SIDA peuvent à tout moment faire auditer la gestion des structures chargées d'exécuter ce programme défini par le CNLS.

Article 13 : Le CNLS peut faire appel à toute personne physique ou morale capable d'apporter un appui à la lutte contre le SIDA.

Article 14 : La fonction de membre de comité national, ministériel, régional, préfectoral, sous-préfectoral ou communal de lutte contre les IST/SIDA est gratuite.

Article 15 : Le personnel du Secrétariat administratif reçoit une indemnité fixée par le Président du Comité.

Article 16 : Pour le fonctionnement du Secrétariat administratif du CNLS, des crédits annuels sont fixés par le comité et gérés par le Président du Comité.

Article 17 : Le présent Arrêté qui abroge toutes dispositions antérieures contraires prend effet à compter de sa date de signature et sera enregistré et publié au Journal Officiel de la République.

IV. STRATEGIES ET ACTIONS PRIORITAIRES PAR DOMAINE D'INTERVENTION

4.1. Interventions s'appliquant à toute la population

4.1.1. La communication pour le changement de comportement (CCC)

Les multiples campagnes de sensibilisation et d'IEC organisées par le PNLIS et les ONGs et les actions menées par les relais communautaires ont permis d'accroître le niveau de connaissance des communautés par rapport à l'existence de la maladie. La concentration des actions dans les villes et la focalisation des messages vers les populations alphabétisées ont maintenu les zones rurales en dehors des mesures de prévention. Les habitants de ces zones n'ont été alertés à grande échelle que très tard lorsque les premiers cas de décès suite au SIDA ont été enregistrés dans les villages. Par ailleurs les supports éducatifs ne sont souvent pas adaptés au contexte religieux, socioculturel créant parfois des sentiments de rejet du programme au sein des populations. La déconcentration des ressources n'a pas suivi la décentralisation du PNLIS, si bien que les comités préfectoraux n'ont pas pu fonctionner pour relayer les messages au niveau périphérique

Objectif général :

Promouvoir par la communication la prise de conscience et l'appropriation de la lutte contre les IST/VIH/SIDA par les communautés

Stratégie1

Renforcement et extension des moyens de communication ciblée pour une sensibilisation et une prise de conscience effective des populations sur les risques .

Activités

- 1- Etablir une convention avec les Radios de proximité pour le développement de programmes spécifiques et interactifs et pour des campagnes de mobilisation sociales sur les IST/VIH/SIDA.

Ce partenariat comportera :

- La formation des animateurs de radio pour ces campagnes
 - La fourniture d'informations correctes et leur mise à jour régulière, l'organisation d'émissions sur le VIH/SIDA en langues nationales , la promotion d'œuvres artistiques concernant le SIDA.
- 2- Organiser des concours de dessins, chansons, articles, poèmes, sketches, et calendriers etc....
 - 3- Produire des pièces de théâtre et des documents audio – visuels en tenant compte des réalités religieuses, socio- culturelles du pays.
 - 4- Impliquer la presse écrite pour divulguer des messages correctes et responsables.
 - 5- Renforcer la publication des messages dans les journaux à caractères arabes harmonisés et N'KO qualitativement, par l'appui des personnes spécialisées par la rédaction des articles sur les IST/VIH/SIDA et quantitativement par une parution plus régulière et une diffusion plus large du journal.
 - 6- Mettre en place un système financier incitatif

- 7- Impliquer le monde sportif et artistique pour véhiculer les messages sur les IST/VIH/SIDA
- 8- Elaborer des messages et supports adaptés aux groupes cibles
- 9- Développer des activités d'animation et de CCC des populations(causeries éducatives, conférences)

Stratégie 2

- Mise en place d'un cadre de concertation entre les intervenants des différentes confessions religieuses en matière de communication sur les IST/VIH/SIDA.

Activités

- 1- Faire un plaidoyer en direction des leaders religieux et d'opinion ;
- 2- Encourager et développer la collaboration entre les leaders religieux musulmans, chrétiens et les acteurs de lutte contre le VIH par une information correcte.

Stratégie 3

- Appui technique pour le développement des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA par et pour les communautés elles mêmes (réponse locale et communautaire)

Activités

- 1- Faire un plaidoyer en direction des responsables politiques et administratifs à tous les niveaux (national, régional, préfectoral, sous - préfectoral,) pour la mise en œuvre des activités ;
- 2- Sensibiliser les communautés de base sur la décentralisation et la déconcentration dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA.
- 3- Etendre la formation des responsables de projet de développement rural à l'intégration des IST/VIH/SIDA dans l'approche participative communautaire.
- 4- Elaborer la cartographie du risque et un plan opérationnel de lutte contre les IST/VIH/SIDA au niveau des communautés
- 5- Assurer le suivi et la supervision des activités menées.

Stratégie 4

- Mise en place d'un plan de Plaidoyer à tous les niveaux

Activités

- 1- Elaborer un document de plaidoyer (orientations et argumentaires)
- 2- Former les acteurs en techniques de plaidoyer
- 3- Organiser des séances de plaidoyer à tous les niveaux

Conclusion : Actions prioritaires pour un changement de comportement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revoir les méthodes de communication : sensibiliser plutôt qu'informer ▪ Mieux exploiter les radios rurales et communautaires ▪ Organiser des séances de plaidoyer à tous les niveaux

4.1.2. Le Marketing social des préservatifs

Bien que les préservatifs soient disponibles à grande échelle dans tout le pays, le taux d'utilisation est encore faible au sein de la population.

La mauvaise perception du risque, l'inaccessibilité géographique des points de vente dans certaines Sous Préfectures pourraient expliquer dans une large mesure le faible taux d'utilisation des préservatifs.

Objectif Général

Augmenter le taux d'utilisation des préservatifs au sein des populations en général

Stratégie 1

- Promotion de l'utilisation du préservatif

Activités

- 1- Organiser un forum national SIDA – préservatifs
- 2- Etendre l'installation des distributeurs et multiplier le nombre de points de vente des préservatifs dans le pays ;
- 3- Généraliser la distribution à base communautaire ;
- 4- Assurer la formation des relais communautaires et la démonstration de l'utilisation correcte du préservatif ;
- 5- Impliquer d'autres partenaires (ONG nationales et relais communautaires) dans l'approvisionnement et la distribution des préservatifs ;
- 6- Créer une unité de contrôle de qualité des préservatifs au niveau du laboratoire national.

Conclusion : Actions prioritaires concernant le préservatif

- **Plaidoyer auprès des leaders religieux et d'opinion**
- **Etendre et généraliser les actions de marketing social**

4.1.3. La Prise en Charge des Infections Sexuellement Transmissibles

Au niveau National il existe une politique de prise en charge par l'approche syndromique ; cette prise en charge est limitée entièrement à deux régions naturelles et en partie à une troisième région (Basse Guinée, Haute Guinée et Guinée forestière).

Il se pose des problèmes d'approvisionnement régulier en médicaments. Les centres de référence ne disposent actuellement pas d'équipements et de réactifs pour assurer la prise en charge correcte des cas qui leur sont référés.

Cependant d'après les données publiées par SIDA 2 en 1999 on note une augmentation régulière des cas notifiés : 12479 cas dont 82 % chez les femmes en 1997 et 17243 cas dont 77% chez les femmes dans la même période, et selon le rapport annuel de 1999 du

programme national de lutte contre les IST/VIH/SIDA la prévalence des IST se situerait au tour de 4% en l'an 2000.

Les actions des Projets SIDA 2 et de PRISM sont efficaces , mais elles sont limitées à Conakry, à deux régions et en partie à une troisième. Elles méritent d'être généralisées dans le pays.

Objectif général

Réduire la prévalence des infections sexuellement transmissibles en Guinée

Stratégie 1

- Prise en charge correcte des IST dans toutes les formations sanitaires publiques et privées suivant l'approche syndromique.

Activités

- 1- Former le personnel de santé à la prise en charge syndromique ;
- 2- Assurer la disponibilité des médicaments, matériels et équipements de base pour la prise en charge syndromique des IST au niveau des formations sanitaires publiques et privées en autorisant les formations sanitaires privées à s'approvisionner en médicaments anti IST.
- 3- Développer un système de référence efficace ;
- 4- Assurer une supervision effective des activités de Prise en charge des IST dans toutes les formations sanitaires.
- 5- Inciter les patients présentant des signes IST à consulter dans les formations publiques et privées

Stratégie 2

- Prise en charge par approche étiologique des IST au niveau des hôpitaux de référence

Activités

- 1- Former le personnel
- 2- Equiper les hôpitaux en réactifs de laboratoire et en médicaments anti IST

Conclusion : Actions prioritaires concernant les IST

- **Intensifier la supervision et le suivi de la prise en charge des IST pour une utilisation effective de l'approche syndromique .**
- **Etendre la prise en charge des IST aux autres régions non encore couvertes.**
- **Développer une stratégie efficace « Centres de référence/IST »**

4.1.4. Prévention de la Transmission Sanguine

La Guinée dispose d'une politique nationale de transfusion sanguine avec un plan d'action pour le centre national de transfusion sanguine et des unités de sécurité transfusionnelle de laboratoire. Le dépistage du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis est systématique chez les donneurs à Conakry. Les prestataires du centre national de transfusion sanguine (CNTS) sont formés à la pratique transfusionnelle. Cependant, les infrastructures du centre et de ses unités sont inappropriées (locaux exigus et vétustes) avec une insuffisance de ressources financières et matérielles.

Ce qui pourrait expliquer l'insuffisance d'intégration et de décentralisation de l'assurance de qualité en matière de sécurité transfusionnelle. On note une insuffisance dans la promotion du don de sang bénévole et dans la fidélisation des donneurs.

En dehors des ruptures éventuelles de stocks, toutes les poches de sang transfusées sont systématiquement testées au VIH.

Objectif général

Assurer à 100% la sécurité transfusionnelle par rapport au VIH

Stratégie 1

- Dépistage du VIH, de l'antigène HBS, de la Syphilis et de toute autre maladie transmise par le sang dans toutes les poches de sang collectées.

Activités

- 1- Assurer l'approvisionnement régulier en réactifs et consommables pour le dépistage ;
- 2- Poursuivre la formation et le recyclage du personnel des services de transfusion sanguine;
- 3- Assurer la supervision et le contrôle de qualité des services de transfusion sanguine.

Stratégie 2

- Utilisation rationnelle du sang

Activités

- 1- Organiser des séances de recyclage du personnel médical et paramédical sur les indications de la transfusion et les risques transfusionnels
- 2- Vulgariser les guides d'utilisation rationnelle du sang ;
- 3- Promouvoir l'auto transfusion.

Stratégie 3

- Augmentation du pool de donneurs de sang bénévoles.

Activités

- 1- Organiser des campagnes de sensibilisation de la population (écoles, entreprises, garnisons etc...);
- 2- Encourager et développer des associations de donneurs bénévoles de sang ;
- 3- Fidéliser les donneurs par des mesures incitatives (insignes, décorations etc..);

Objectif général

Minimiser la transmission du VIH lors des pratiques invasives

Stratégie

- Elimination de la transmission du VIH par voie sanguine en milieu de soins et par les pratiques traditionnelles.

Activités

- 1- Former/recycler les prestataires de soins sur la prévention des infections en milieu de soins ;
- 2- Rendre disponibles les moyens de protection et de stérilisation, des matériels et équipements de base ;
- 3- Créer et rendre opérationnels les comités d'hygiène dans les formations sanitaires ;
- 4- Organiser des séances de sensibilisation des tradithérapeutes, des coiffeurs, des coiffeuses, des exciseuses etc...
- 5- Constituer des stocks de sécurité d'ARV pour la chimiothérapie en cas d'accident d'exposition au sang du personnel de centre.

Conclusion : Actions prioritaires concernant la prévention de la transmission sanguine.

- Assurer le dépistage systématique du VIH chez tous les donneurs
- Promouvoir le don volontaire de sang
- Encourager l'utilisation rationnelle du sang
- Intégrer la prévention des infections en milieu de soins dans toutes les formations sanitaires

4.1.5. Surveillance Epidémiologique

Le pays dispose depuis 1992 d'un système de surveillance épidémiologique par sites sentinelles (femmes enceintes, tuberculeux et patients IST), mais depuis 1996, ces sites ne sont pas fonctionnels.

La surveillance épidémiologique de l'infection à VIH constitue l'un des domaines qui ne fonctionne pas assez bien en Guinée.

Objectif général

Assurer une surveillance épidémiologique fiable des IST/VIH/SIDA

Stratégies

- Amélioration de la représentativité et du fonctionnement des sites de sérosurveillance sentinelles.

Activités

- 1- Former des techniciens de Laboratoire au dépistage du VIH et en surveillance épidémiologique ;
- 2- Réaliser des enquêtes périodiques dans les groupes de population spécifiques (prostituées, militaires, jeunes, routiers, réfugiés, mineurs etc..) ;
- 3- Compléter les sites de sérosurveillance des femmes enceintes et des tuberculeux pour suivre la tendance biannuelle du VIH ;
- 4- Diffuser régulièrement les résultats de la sérosurveillance épidémiologique à tous les acteurs de la lutte ;

Stratégie 2

Amélioration de la notification des cas de SIDA dans les structures de santé

Activités

- 1- Former le personnel de santé à un meilleur diagnostic ;
- 2- Compléter la notification des cas par des enquêtes dans les structures hospitalières et les structures de prise en charge.
- 3- Améliorer les outils de notification ;
- 4- Former et sensibiliser le personnel de santé à la notification des cas ;

Stratégie 3

- Intégration des IST/VIH/SIDA dans le système de surveillance de la maladie

Activités

- 1- Mettre à jour les modules de surveillance intégrée de la maladie par rapport à la surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA.
- 2- Former les agents chargés de la surveillance intégrée à la surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA
- 3- Mettre à jour les supports de diagnostic, de notification et de diffusion des données.

Stratégie 4

Détermination dans chaque groupe cible des comportements sexuels susceptibles de favoriser la propagation du VIH/IST et surveillance de leurs évolutions dans le temps.

La surveillance comportementale est un complément essentiel de la surveillance épidémiologique du VIH.

Il consiste en des enquêtes transversales répétées, dans les groupes de population clés qui influencent la dissémination du VIH, afin de suivre systématiquement les changements dans le temps des comportements à risque.

Activité :

- Réaliser une étude socio comportementale du VIH/SIDA au sein des groupes vulnérables et de la population générale.

Conclusion : Actions prioritaires concernant la surveillance épidémiologique

- Mesurer les connaissances et attitudes des groupes cibles vis à vis des IST/VIH/SIDA ;
- Mesurer la perception du risque IST/VIH/SIDA ;
- Réaliser les enquêtes de surveillance des comportements ;
- Evaluer l'impact des interventions.

4.2. Interventions ciblant les groupes de population spécifiques

4.2.1. Les Jeunes

En Guinée 46% de la population a moins de 15 ans et l'âge moyen de la population est de 23 ans. La population de la tranche de 10 à 24 ans représente près du 1/3 de la population Guinéenne (29, 3%).

Sur le plan épidémiologique, il faut souligner que la tranche d'âge de 10 à 24 ans regroupe 16% des cas de SIDA notifiés au premier semestre 2001. C'est pour toutes ces raisons que les jeunes constituent un groupe particulier dans la lutte contre le SIDA. Malgré les actions spécifiques menées à leur endroit lors de l'exécution des plans précédents de lutte contre le SIDA, il urge d'intensifier la lutte contre le SIDA en faveur de ce groupe.

Objectif général

Réduire la prévalence des IST /VIH/SIDA chez les jeunes

Stratégie 1

- Education par les pairs pour promouvoir le changement de comportement

Activités

1. Former / recycler les pairs éducateurs en prévention des IST/VIH/SIDA
2. Elaborer des modules de formation adaptés aux groupes cibles
3. Organiser des voyages d'études et d'échanges d'expériences
4. Créer des clubs d'animation et de conseil
5. Former les encadreurs de jeunes aux techniques de CCC

Stratégie 2

- Opérationnalisation et extension de CECOJE pour les jeunes non scolarisés et scolarisés

Activités

1. Rénover et équiper les CECOJE
2. Assurer le fonctionnement des CECOJE
3. Assurer l'alphabétisation des jeunes non scolarisés.
4. Etendre les CECOJE aux préfectures non pourvues

Stratégie 3

- Education à la vie familiale

Activités

1. Faire un plaidoyer auprès des parents pour instaurer le dialogue avec les enfants sur la sexualité et la prévention des IST/SIDA.
2. Renforcer et étendre les clubs anti SIDA, EVF (éducation à la vie familiale) dans les écoles.

Stratégie 4

- Introduction de l'enseignement des IST/VIH/SIDA dans les curucula d'études secondaires.

Activités

1. Assurer la formation des enseignants sur les IST/VIH/SIDA
2. Elaborer des guides techniques et des supports didactiques
3. Assurer un plaidoyer auprès des associations des parents d'élèves
4. Introduire de façon progressive l'enseignement des IST/VIH/SIDA dans les programmes du primaire et du secondaire.

Stratégie 5

- Production, diffusion de supports de communication adaptés

Activités

1. Produire et diffuser les messages sur les IST/VIH/SIDA spécifiques aux jeunes
2. Produire des spots publicitaires, des émissions radio télévisées
3. Produire, diffuser les bulletins sur les IST/VIH/SIDA
4. Produire les matériels d'éducation adapté à chaque groupe de jeunes.

Conclusion : Actions prioritaires concernant les jeunes :
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Former les pairs éducateurs en prévention des IST/VIH/SIDA; • Introduire l'enseignement des IST/VIH/SIDA dans les programmes scolaires • Etendre la création des CECOJE au profit des jeunes non scolarisés et déscolarisés ; |
|--|

4.2.2. Les Femmes

Dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA, les femmes constituent une cible très importante qu'il faut prendre en considération car elle représente 51% de la population dont 82% sont mariées ou en union et 0,3% de 35 à 39 ans sont célibataires (RGPH 1996). Les principaux déterminants tels que l'analphabétisme, le faible niveau d'instruction, la dépendance économique, la sexualité et le mariage précoces ainsi que le poids des facteurs socioculturels constituent les facteurs favorisant la propagation du SIDA chez les femmes. Par rapport à la prévention du sida, 17% des femmes ne connaissent aucun moyen de prévention, contre 10,8% des Hommes (EDS2, 1999).

Objectif Général

- **Réduire la prévalence des IST/VIH//SIDA chez les femmes en âge de procréer.**

Stratégie 1

- Amélioration du niveau de connaissances, attitudes et pratiques des femmes en âge de procréer.

Activités

1. Identifier les organisations féminines et leurs besoins en formation
2. Produire et diffuser des supports éducatifs
3. Former les leaders d'opinion et organisations féminines en technique de CCC sur IST/VIH/SIDA
4. Organiser des activités de CCC en faveur des groupements, associations, des ONG féminines et des leaders d'opinion dans la communauté.
5. Organiser des caravanes de sensibilisation lors des journées nationales et internationales sur les IST/VIH/SIDA

Stratégie 2

- Education des jeunes filles des centres NAFA, CAAF et des centres de métiers féminins

Activités

1. Former les Directrices, Monitrices de ces structures
2. Former les filles de ces structures

Stratégie 3

- Opérationnalisation et extension des CAJ, CAF et centres de métiers féminins

Activités

1. Identifier les centres et leurs équipements
2. Former le personnel sur les IST/VIH/SIDA
3. Appuyer les activités de CCC et de suivi des pairs éducatrices dans ces structures
4. Doter les préfectures de CAJ, de centres de métiers, de CAF, de paquet minimum d'activités

Stratégie 4

- Education à la vie familiale

Activités

1. Encourager les parents à dialoguer avec leurs filles sur la sexualité
2. Créer une rubrique consacrée aux activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le journal « Femme Nouvelle » du MASPFE.

Objectif Général :

Renforcer les capacités des femmes à s'engager dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA

Stratégie 1

- Accroissement du taux d'alphabétisation et du niveau d'instruction chez les femmes.

Activités

1. Organiser des séances d'alphabétisation fonctionnelle des femmes dans les CAAF, Centres NAFA, centres de métiers féminins et dans les organisations féminines
2. Assurer le plaidoyer auprès des parents pour la scolarisation des filles ;
3. Organiser des séances de sensibilisation sur les textes de lois en faveur de la promotion de la femme
4. Appuyer les organisations féminines dans les activités d'alphabétisation sur les IST/VIH/SIDA

Stratégie 2

- Promotion du statut juridique de la femme

Activités

1. Elaborer des textes d'application de la loi L 10 relative à la Santé de la Reproduction
2. Vulgariser les lois favorables au statut de la femme
3. Organiser de séances de sensibilisation sur les droits de la femme.

Stratégie 3

- Création d'un fonds de solidarité pour la lutte contre le VIH et d'un fonds d'appui à l'amélioration du statut socio-économique de la femme.

Activités

1. Faire un plaidoyer auprès du Gouvernement, de l'Assemblée Nationale, les Bailleurs de fonds, des opérateurs économiques et des Mécènes
2. Organiser des activités de collecte de fonds
3. Assister les veuves du VIH/SIDA, les orphelins et leurs familles d'accueil.
4. Soutenir les Activités Génératrices de Revenus des femmes

Stratégie 4

- Adoption du code de la famille et son application effective

Activités

1. Faire un plaidoyer auprès de l'Assemblée Nationale
2. Organiser des conférences-débats, colloques, sur le code de la famille
3. Diffuser le projet du code de la famille auprès des leaders d'opinion, des organisations féminines de la société civile pour de larges informations.
4. Impliquer les groupes de pression pour accélérer l'adoption du code de la famille

Objectif Général

Développer un plan de formation et de recyclage pour les acteurs impliqués dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA

Stratégie

- Renforcement des capacités des leaders d'opinions (féminins) et des organisations féminines en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Activités

1. Recenser les leaders d'opinions féminins et des organisations féminines
2. Identifier les besoins de formation/recyclage
3. Elaborer les modules de Formation
4. Former les leaders d'opinions, les organisations féminines sur les IST/VIH/SIDA
5. Participer aux rencontres nationales, internationales (colloques, conférences, voyages d'études) sur les IST/VIH/SIDA

Conclusion : Actions prioritaires concernant les femmes

- **Intensifier les activités de CCC en faveur des groupes des ONG féminines et des associations ;**
- **Accroître le taux d'alphabétisation des femmes et le niveau d'instruction des filles.**
- **Faire adopter et vulgariser le code de la famille**
- **Créer un fonds d'appui à l'amélioration du statut socio-économique de la femme.**

4.2.3. Les populations mobiles

La Guinée est affectée par d'intenses mouvements migratoires internes qui font de la Moyenne Guinée et de la Haute Guinée des régions d'émigration à destination de la Guinée Forestière et de la Basse Guinée.

Quant à la migration internationale, elle reste encore peu importante malgré l'ouverture du pays depuis 1984 à l'extérieur. Toutefois, la Guinée a enregistré l'afflux de 800 réfugiés Libériens, Sierra léonais et Bissao Guinéens à la suite des conflits militaires qui ont éclaté dans ces pays depuis 1990.

Plusieurs types d'émigrants peuvent être identifiés en fonction de la durée de séjour, ainsi on peut distinguer :

- Les réfugiés
- Les commerçants
- Les voyageurs
- Les transporteurs routiers
- Les militaires
- Les Prostituées
- Les marins pêcheurs

Certaines ONG mènent sur le terrain des activités en faveur des routiers et leur syndicat dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA. Aussi, les réfugiés, les professionnels du sexe et les militaires feront l'objet d'analyse à part.

Objectif Général

Réduire les prévalences des IST/VIH/SIDA au sein des groupes mobiles.

Stratégie 1

- Formation des pairs éducateurs en IST/VIH/SIDA

Activités

1. Identifier les sites les plus fréquentés
2. Elaborer les modules et supports de formation
3. Former des pairs éducateurs en technique CCC
4. Organiser des causeries éducatives (points d'embarquement et de débarquement).

Stratégie 2

- Accessibilité et disponibilité des préservatifs en tout lieu d'embarquement et de débarquement

Activités

1. Créer des points de vente tout au long des trajets pour les usagers de la route
2. Approvisionnement régulier en préservatifs ;

Stratégie 3

- Prise en charge médicale des IST à moindre coût au niveau des axes migratoires ;

Activités

1. Rendre disponibles les médicaments anti-IST dans tout le pays
2. Former le personnel des structures sanitaires concernées à la prise en charge syndromique des IST
3. Inciter les populations migrantes à se faire consulter en cas d'IST/VIH/SIDA.

Stratégie 4

- Education des population mobiles sur la prévention des IST/VIH/SIDA

Activités

1. Eduquer les centrales syndicales des secteurs routier, maritime et aérien, les Unions des transporteurs dans les lieux d'embarquement et de débarquement.
2. Produire et diffuser des supports de sensibilisation
3. Installer des panneaux de prévention, des affiches sur les lieux d'embarquement et de débarquement
4. Produire des cassettes audio-visuelles, des dépliants et des affiches à l'intention des transporteurs/passagers.

4.2.4. Les Réfugiés

Certaines activités de lutte sont actuellement menées au niveau des camps de réfugiés par plusieurs intervenants en collaboration avec le PNLS. Elles méritent d'être renforcées.

Objectif général

Réduire la prévalence des IST/VIH/SIDA au sein des groupes mobiles.

Stratégie 1

Intensification de la CCC dans les camps de réfugiés.

Activités

1. Former les pairs éducateurs en prévention des IST/VIH/SIDA
2. Mener des activités de plaidoyer auprès des leaders des réfugiés ;
3. Organiser les activités de sensibilisation ;

Stratégie 2

- Prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH/SIDA.

Activités

1. Former le personnel des structures sanitaires impliquées en counseling
2. Instaurer le dépistage volontaire assorti de conseil pré et post test
3. Former le personnel à la prise en charge
4. Approvisionner les structures en médicaments (anti I.O et ARV)
5. Assurer le suivi biologique au cours du traitement ;

Stratégie 3

- Prise en charge correcte des IST

Activités

1. Former le personnel pour la prise en charge des IST
2. Rendre disponibles les médicaments anti-IST
3. Inciter les réfugiés à se faire consulter en cas de suspicions

Stratégie 4

- Amélioration du pouvoir économique des femmes dans les camps de réfugiés.

Activité

- Créer les AGR au profit des femmes

Stratégie 5

- Mobilisation des ressources financières auprès des partenaires pour les activités de lutte au profit des réfugiés.

Activités

1. Mener le plaidoyer auprès des partenaires.
2. Instaurer un cadre de concertation régulière ;

Conclusion : Actions prioritaires au profit des réfugiés

- Intensifier la CCC au niveau des camps de réfugiées ;
- Assurer la prise en charge des IST/VIH/SIDA
- Améliorer le pouvoir économique des femmes ;

4.2.5. Les Prostituées

La prostitution existe en Guinée sous diverses formes. On distingue principalement deux sortes de prostitution :

- La prostitution affichée
- La prostitution clandestine ou occasionnelle.

Il n'existe pas de réglementation de la prostitution en Guinée, aucune loi ne la reconnaît comme profession et aucune ne réprimande directement la personne qui la pratique.

Environ 1033 prostituées ont fait l'objet d'enquêtes CAP de 1995 à 1998 respectivement dans les sites suivants : KM36 (77), Mamou, Tamagaly (162), Fria (110), Conakry et Boké (684). L'Analyse de la Réponse a révélé que très peu d'actions ont été menées en faveur de ce groupe alors que le niveau d'infection VIH ne cesse d'augmenter en son sein.

Objectif Général

Réduire la prévalence des IST/VIH/SIDA au sein du groupe des prostituées

Stratégie 1

- Education par les pairs

Activités

1. Recenser les leaders d'opinion
2. Assurer la formation des pairs éducateurs en technique de communication
3. Produire des supports adaptés ;

Stratégie 2

- Sensibilisation des prostituées sur l'utilisation des préservatifs

Activités

1. Assurer l'éducation des Prostituées sur l'utilisation des préservatifs
2. Rendre disponibles les préservatifs sur tout le territoire

Stratégie 3

- Prise en charge des IST chez les Prostituées

Activités

1. Assurer la disponibilité des médicaments anti IST sur tout le territoire
2. Inciter les Prostituées à se faire consulter en cas de suspicion d'IST.

Stratégie 4

- Promotion de la reconversion des Prostituées

Activités

1. Créer les AGR pour les Prostituées reconverties
2. Intégrer les Prostituées dans les regroupements féminins et associations des femmes.
3. Assurer la scolarisation des jeunes filles.

Stratégie 5

- Intégration du suivi médical régulier des Prostituées dans les activités des structures sanitaires.

Activités

1. Former le personnel pour assurer les visites médicales
2. Systématiser les visites médicales chez les Prostituées.

Conclusion : Actions prioritaires concernant les Prostituées.

- **Renforcer l'éducation par les pairs**
- **Assurer le suivi médical régulier des PS**
- **Créer les ARG pour la reconversion.**

4.2.6. Les secteurs minier et privé

Le faible pouvoir d'achat des populations satellites des sites miniers et la promiscuité sexuelle au niveau des mineurs, les rendent vulnérables aux IST/VIH/SIDA. Un plan d'action sectoriel doit être élaboré et mis en œuvre à cet effet.

Objectif général

Réduire la prévalence des IST/VIH/SIDA chez les travailleurs des secteurs minier et privé.

Stratégie 1

Augmentation du niveau de connaissance des moyens de transmission et de prévention des IST/VIH/SIDA.

Activités

1. Former des pairs éducateurs
2. Organiser des séances de sensibilisation

Stratégie 2

Marketing social des préservatifs

Activités

1. Créer des points de vente supplémentaires au niveau des zones minières ;
2. Approvisionner régulièrement les points de vente en préservatifs

Stratégie 3

Prise en charge correcte des IST

Activités

1. Former le personnel médical à la prise en charge des IST
2. Approvisionner régulièrement en médicaments Anti-IST
3. Superviser des activités de formation.

Stratégie 3

Suivi médical des Prostituées/ filles libres dans les zones minières

Activités

1. Recenser les prostituées,
2. Former les pairs éducateurs des prostituées
3. Instaurer des visites médicales régulières chez les prostituées dans les zones minières.

Conclusion : Actions prioritaires auprès des miniers

- **Renforcer les activités de CCC**
- **Assurer la prise en charge correcte des IST/VIH/SIDA**

4.2.7. Les hommes en uniforme

L'Analyse de la Situation et de la Réponse au niveau des hommes en uniforme rend compte de la nécessité de mener des actions d'envergure pour la prévention et la prise en charge des IST/VIH/SIDA.

Objectif Général

Réduire la prévalence des IST/VIH/SIDA chez les hommes en uniforme.

Stratégie 1

- Plaidoyer à tous les niveaux de la hiérarchie militaire

Activités

- Organiser un plaidoyer auprès des autorités militaires et du Gouvernement.

Stratégie 2

- Formation des pairs éducateurs

Activités

1. Former et renforcer les compétences des Sous Officiers, Hommes et Femmes de rang en techniques de CCC.
2. Former les épouses des militaires en technique de CCC

Stratégie 3

- Prise en charge des IST.

Activités

- 1- Former le personnel à la prise en charge syndromique des IST
- 2- Approvisionner les infirmeries de garnison en médicaments anti-IST
- 3- Former le personnel au dépistage et à la prise en charge médicale et psychosociale ;
- 4- Approvisionner en réactifs, matériels et en médicaments (ARV) ;

Stratégie 4

- Prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH au sein des forces militaires et paramilitaires.

Activités

- 1- Former le personnel pour la prescription et l'utilisation des ARV
- 2- Intégrer la prise en charge dans les activités des structures de santé des forces armées.

Stratégie 5

- Sensibilisation des hommes en uniforme pour le dépistage volontaire .

Activités

- 1- Assurer la formation des infirmiers et infirmières en counseling
- 2- Assurer la formation des médecins en counseling

Stratégie 6

- Marketing social des préservatifs

Activités

- 1- Créer des points de vente de Condoms
- 2- Approvisionner régulièrement les points de vente

Conclusion : Actions prioritaires concernant les militaires

- **Plaidoyer auprès de la Hiérarchie militaire ;**
- **Assurer la prise en charge correcte des IST/VIH/SIDA**
- **Renforcer l'utilisation des préservatifs surtout lors des missions commandées.**

4.2.8. Les prisonniers

Objectif Général

Réduire la prévalence des IST/VIH/SIDA chez les prisonniers

Stratégie 1

- Plaidoyer auprès des autorités administratives et judiciaires pour le respect des droits fondamentaux des prisonniers

Activités

- 1- Assurer le recueil des textes des différentes conventions internationales, déclarations, recommandations ratifiées par la Guinée en la matière.
- 2- Vulgariser les textes sur la protection des droits des prisonniers.
- 3- Mener des activités de plaidoyer pour une mise en application des textes

Stratégie 2

- Formation des pairs éducateurs

Activités

- 1- Former en techniques de CCC les encadreurs et gardes pénitentiaires.
- 2- Organiser des séances de CCC à l'intention des détenus

Stratégie 3

- Dépistage et prise en charge des détenus.

Activités

- 1- Former le personnel des infirmeries des prisons au dépistage et à la prise en charge médicale et psychosociale
- 2- Approvisionner en réactifs de laboratoire et en médicaments pour les I.O. et en ARV

Stratégie 4

- Marketing du préservatif

Activités

- 1- Créer des points de vente de préservatifs à l'intérieur des prisons et des maisons d'arrêt.
- 2- Approvisionner régulièrement en préservatifs

Stratégie 5

- Evaluation de la situation épidémiologique des IST/VIH/SIDA dans les prisons et maisons d'arrêt

Activités

- 1- Effectuer une enquête de séroprévalence au niveau des prisonniers.
- 2- Assurer la notification des cas de sida.

Stratégie 6

- Prise en charge des IST

Activités

- 1- Former le personnel de santé en service dans les prisons pour la prise en charge des IST
- 2- Approvisionner régulièrement en réactifs et en médicaments.

4.3. Prise en charge des PVVIH

La prise en charge des PVVIH est en cours d'intégration dans les hôpitaux et les formations sanitaires de base.

Mais d'ores et déjà, le problème d'approvisionnement en médicaments (ARV et médicaments contre les I.O), équipements de laboratoire se pose de façon cruciale et devrait faire l'objet d'une étude spéciale.

Les structures sanitaires sont très peu outillées pour appliquer les directives en matière de dépistage. Il n'existe pas de centre de dépistage volontaire et anonyme du VIH dans le pays. Le dépistage des personnes infectées se fait dans les laboratoires du CHU et de certaines formations sanitaires publiques et privées.

La prise en charge psychosociale n'est pas optimale dans les différentes structures de soins. Quelques médecins, travailleurs sociaux et membres d'ONG prennent des initiatives d'organisation de l'accompagnement psychosocial et expriment un besoin important de formation en counseling.

La prise en charge communautaire des PVVIH est organisée par des ONG, et certaines confessions religieuses.

Leurs activités essentielles se limitent à l'information, la sensibilisation, la prise en charge des IST et l'accompagnement psychosocial.

La prévention de la transmission mère - enfant du VIH n'existant pas encore dans le pays, aucune activité de soutien et d'insertion sociale en faveur des orphelins du SIDA n'est opérationnelle.

Objectif Général

Assurer une prise en charge correcte des PVVIH

Stratégie 1

- Facilitation de l'accès aux tests de dépistage à toutes les personnes volontaires.

Activités

- 1- Promouvoir le dépistage volontaire au niveau des formations sanitaires (publiques, privées) et de la communauté
- 2- Créer et étendre progressivement des centres de dépistage anonyme et gratuit
- 3- Intégrer les activités de dépistage dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires
- 4- Assurer la disponibilité en équipement, réactifs et consommables des structures assurant le dépistage
- 5- Former le personnel de santé et de soutien en matière de counseling.

Stratégie 2

- Accessibilité aux soins des PVVIH

Activités

- 1- Intégrer et renforcer les activités de prise en charge des PVVIH dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires,
- 2- Assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels pour la prise en charge des infections opportunistes,
- 3- Intégrer de nouveaux médicaments sous nom générique dans la liste des médicaments essentiels,
- 4- Réviser les directives nationales de prise en charge des PVVIH,
- 5- Appuyer l'émergence des capacités institutionnelles de prise en charge au niveau communautaire,
- 6- Créer des centres de traitement ambulatoire des PVVIH.

Stratégie 3

- Introduire des ARV dans le traitement des PVVIH.

Activités

- 1- Former le personnel pour la prescription et le suivi des traitements avec les ARV,
- 2- Mettre en place dans les hôpitaux un plateau technique nécessaire au suivi biologique des PVVIH,
- 3- Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires pour l'achat des ARV,
- 4- Assurer le plaidoyer auprès du gouvernement pour la subvention des ARV.

Stratégie 4

- Prise en charge psychosociale de toutes les PVVIH.

Activités

- 1- Encourager la création d'associations des PVVIH/SIDA et de groupes d'auto support pour animer des activités en faveur des PVVIH,
- 2- Assurer une prise en charge psychosociale, morale, spirituelle des PVVIH par la communauté,
- 3- Former les assistantes sociales et les volontaires des associations en counseling
- 4- Doter les groupes d'auto-support en moyens logistiques pour assurer les visites à domicile.

Stratégie 5

- Promotion d'une politique de solidarité nationale envers les orphelins du SIDA.

Activités

- 1- Favoriser le placement des orphelins du SIDA dans des familles d'accueil,
- 2- Appuyer les familles d'accueil des orphelins à travers la distribution de semences, de petits bétail et le financement des AGR,
- 3- Mobiliser les ressources pour assurer l'éducation et l'intégration sociale des orphelins du SIDA,
- 4- Promouvoir la scolarisation et l'insertion professionnelle des orphelins non scolarisés,
- 5- Assurer l'approvisionnement en formes pédiatriques des médicaments anti-IO et ARV,

Objectif général

Créer un environnement favorable pour la protection des droits et devoirs des PVVIH

Stratégie 1

Création d'une antenne nationale du réseau « Ethique, Droit et VIH en Guinée » .

Activités

1. Solliciter une mission d'appui du réseau
2. Créer une antenne au niveau de la Guinée
3. Elaborer un plan d'action
4. Mobiliser des ressources pour la mise en œuvre de ce plan

Stratégie 2

Adoption des lois contre le rejet et la stigmatisation des PVVIH par l'Assemblée Nationale.

Activités

1. Faire initier les lois par les parlementaires
2. Assurer un plaidoyer au niveau de l'Assemblée Nationale
3. Vulgariser les lois sur les Droits et Devoirs des PVVIH.

Conclusion : Actions prioritaires pour la prise en charge

- **Faciliter l'accès au dépistage volontaire du VIH.**
- **Créer des centres de traitement ambulatoire ;**
- **Mettre en œuvre un programme de prise en charge des PVVIH (I.O et ARV)**
- **Favoriser le placement et la scolarisation des orphelins ;**
- **Créer l'antenne nationale du réseau (Ethique, Droit et VIH).**
- **Promouvoir la prise en charge communautaire des PVVIH/SIDA**

4.4. RECHERCHE

Il existe des ressources humaines (universitaires, ONG) capables de mener des études fondamentales et opérationnelles, mais l'insuffisance de ressources matérielles et financières et le manque de collaboration entre le PNLS et les institutions de recherche entravent le développement de la recherche.

Objectif Général

Promouvoir la recherche sur les IST/VIH/SIDA

Stratégie 1

- Renforcement de la recherche opérationnelle et extension à tous les domaines prioritaires

Activités

- 1- Organiser un atelier avec tous les intervenants dans la recherche en vue d'identifier des thèmes de recherche ;
- 2- Faire un plaidoyer auprès des partenaires pour une mobilisation des ressources en vue de financer les projets de recherche ;
- 3- Organiser des séminaires de formation sur la méthodologie de la recherche ;
- 4- Mettre en place une structure pluridisciplinaire composée de tradithérapeutes et de médecins pour la recherche sur la pharmacopée traditionnelle ;
- 5- Evaluer les résultats thérapeutiques (effets désirables et non désirables de même que les coûts de production)
- 6- Orienter et valoriser les travaux de recherche sur les IST/VIH/SIDA

Stratégie 2

Promotion des travaux de recherche pour la mise en œuvre de la stratégie vaccinale contre le VIH en Afrique ;

Activités

- 1- Faire un plaidoyer en direction des Scientifiques en vue de susciter des protocoles de recherche : PNPCSPS , Université, Bureau National de recensement ;
- 2- Dynamiser la collaboration PNPCSPS avec le Réseau Africain de Recherche sur les sous types de VIH circulant en Afrique ;
- 3- Renforcer la collaboration avec les ONG nationales et internationales impliquées dans la recherche.

Stratégie 3

- Constitution d'une sérothèque nationale en vue d'étudier la répartition des différents sous types de VIH circulant en Guinée ;

Activités

- 1- Former les chargés du laboratoire de référence à la gestion de la sérothèque ;
- 2- Pourvoir le service de laboratoire de référence d'un congélateur à -80°C pour la conservation des échantillons prélevés dans tout le pays ;
- 3- Informatiser les archives de la sérothèque ;

4- Assurer la maintenance régulière de la chaîne de froid ;

Stratégie 4

- Renforcement du Système National de Gestion et d'Information Sanitaire du Ministère de la Santé Publique ;

Activités

- 1- Mettre en place un mécanisme fonctionnel de collecte et de diffusion des informations au niveau décentralisé et déconcentré ;
- 2- Créer une banque de données sur les IST/VIH/SIDA ;
- 3- Créer un centre de documentation sur les IST/VIH/SIDA ;

Conclusion : Actions prioritaires sur la recherche

- **Plaidoyer auprès des scientifiques et des Universitaires pour les impliquer dans la lutte contre le SIDA.**
- **Faire la surveillance des comportements au niveau des groupes cibles.**
- **Assurer la surveillance des sous types de VIH isolés en Guinée.**

4.5. Prévention de la transmission mère-enfant

L'existence des moyens de prévention de la transmission mère-enfant constitue une opportunité à exploiter pour réduire la propagation du VIH en Guinée.

Objectif Général

Réduire à 20% la transmission mère-enfant du VIH

Stratégie 1

- Sensibilisation des femmes en âge de procréer pour les comportements sexuels sains et sans danger.

Activités

- 1- Organiser des actions de sensibilisation des femmes en âge de procréer sur les comportements à risque
- 2- Former des relais, communautaires et des organisations féminines sur les techniques de communication sur la PTME du VIH/SIDA
- 3- Produire et diffuser des messages spécifiques de la prévention de la transmission Mère-enfant

Stratégie 2

- Promotion du dépistage volontaire chez les femmes en âge de procréer

Activités

- 1- Introduire le dépistage volontaire et anonyme
- 2- Créer des centres de dépistage volontaire
- 3- Intégrer les activités de dépistage volontaire dans le paquet minimum au niveau de toutes les structures de consultations prénatales.
- 4- Approvisionner régulièrement en réactifs et consommables de laboratoire toutes les structures sanitaires qui assurent le dépistage du VIH
- 5- Organiser des séances de formation du personnel chargé du dépistage.

Stratégie 3

- Elaboration du programme national de PTME

Activités

- 1- Organiser un voyage d'étude sur l'expérience d'autres pays dans le cadre de la PTME
- 2- Organiser un atelier d'élaboration du programme national PTME
- 3- Valider le programme élaboré

Stratégie 4

- Mise en œuvre du programme PTME

Activités

- 1- Former le personnel de santé (obstétriciens, sage-femmes, pédiatres, ATS.....)
- 2- Intégrer la PTME dans les CPN
- 3- Assurer la dispensation des ARV selon un protocole bien défini
- 4- Réaliser des enquêtes ponctuelles de séroprévalence chez les femmes enceintes et chez les enfants hospitalisés en pédiatrie
- 5- Former le personnel en CCC sur la PTME
- 6- Organiser des séances de sensibilisation sur la PTME à l'intention des femmes en âge de procréer ;

Conclusion : Actions prioritaires pour la PTME

- **Elaborer un programme national de PTME**
- **Mettre en œuvre et évaluer**

V. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU SUIVI-EVALUATION

Le suivi et l'évaluation du PPS se feront selon les modalités suivantes :

- Qui : Responsable du suivi évaluation à chaque niveau (CNLS, Comités régionaux, préfectoraux, etc..) ;
- Comment : (interne – externe)

L'évaluation se fera par la détermination des éléments suivants :

- Niveau d'exécution des activités planifiées (taux d'exécution) ;
- Niveau d'atteinte des objectifs ;
- Respect des procédures (utilisation des ressources) ;
- Contraintes ;

➤ **Périodicité**

- Préfectoral : Tous les trois mois (rapport technique acheminé au niveau hiérarchique supérieur)
- Régional : Tous les six mois
- National : Par an
- L'élaboration des rapports d'activités par les acteurs de terrain se fera après l'exécution de chaque tranche du projet conformément aux termes de référence.

Des visites de suivi seront effectuées par les différents niveaux pour s'assurer de la bonne exécution des activités planifiées.

Une évaluation externe du Plan Stratégique National se fera à mi-parcours de l'exécution du plan.

➤ **Indicateurs**

Au cours de la mise en œuvre du Plan Stratégique, le suivi des interventions va reposer sur la détermination des indicateurs suivants :

- Les indicateurs de résultats qui sont retenus au niveau des plans sectoriels et régionaux (Plan d'Action Opérationnel annuel 2003),
- Les taux de séroprévalence de VIH chez les femmes enceintes et dans les groupes spécifiques ;
- Le nombre de cas de SIDA notifiés par les formations sanitaires et les sites sentinelles ;
- Les résultats de la surveillance comportementale au niveau des groupes vulnérables ;
- Les taux d'utilisation des préservatifs ;
- Les taux de fréquentation des centres de dépistage volontaire anonyme et gratuit ;
- Les taux de fréquentation des centres de santé pour les consultations des IST ;
- Les niveaux de connaissance de la population des modes de transmission et des moyens de prévention IST/VIH/SIDA ;
- Le nombre de prostituées suivies au cours des visites médicales régulières.

VI. MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES

6.1. Mobilisation des ressources

6.1.1. Ressources humaines

L'Analyse de la Situation et de la Réponse a montré que la faiblesse de la coordination est liée en grande partie à une insuffisance des ressources humaines compétentes. L'implication de tous les secteurs dans la lutte requiert un pool supplémentaire de ressources humaines formées et régulièrement recyclées dans le domaine des IST/VIH/SIDA et de la gestion du programme.

Cette contrainte exige qu'un accent particulier soit mis sur la mobilisation des ressources humaines à tous les niveaux pour faciliter une meilleure coordination des activités planifiées.

6.1.2. Ressources financières

L'appui financier apporté par les partenaires au développement à la lutte contre le SIDA en Guinée, représente 75% à 80% des ressources allouées à la lutte contre le SIDA. Toutefois, il importe de souligner que la part du budget national accordée à la lutte a connu un accroissement significatif ces dernières années. Cet effort du Gouvernement doit être maintenu et renforcé.

La table ronde de mobilisation des ressources doit permettre de mobiliser davantage de ressources nécessaires à la mise en œuvre de ce plan.

6.2. Gestion des ressources

Pour rendre cette gestion transparente, il importe de prendre les dispositions suivantes :

Objectif Général

Améliorer la gestion des ressources humaines, financières et Matérielles

Ressources Humaines

Stratégie 1

- Adoption de critères objectifs de sélection des cadres du secrétariat technique

Activités

1. Elaborer les TDR (Missions, profil)
2. Recruter ou nommer les membres des secrétariats exécutifs des différents comités.

Stratégie 2

- Mise à niveau des compétences ;

Activités

- Participation à des stages de perfectionnement, des voyages d'études
- Participation à des rencontres internationales et sous régionales

Stratégie 3

- Mise en place d'un système de motivation (primes, félicitations)

Ressources financières et matérielles

Stratégie 1

- Mise en place d'un système comptable performant

Activités

- 1- Elaborer un manuel de procédures
- 2- Etablir un système de contrôle régulier
- 3- Adopter un agenda d'audit

Stratégie 2

- Adoption d'un mécanisme commun de décaissement des ressources allouées par les partenaires

Stratégie 3

- Mise en place d'un système de maintenance préventive du matériel.

ELABORATION DU CADRE STRATEGIQUE

Consultants :

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1. Dr. Aïssatou DIENG | Consultante nationale/MSP |
| 2. Prof. Séverin Y. ANAGONOU | Consultant ONUSIDA |

Facilitateurs :

- | | |
|---------------------|----------------------------------|
| 1. Dr. Mamadi CONDE | Coordinateur PPSG/MSP |
| 2. Mr. Mohamed SANO | Participation communautaire PPSG |
| 3. Dr Mohsen FARZA | Consultant Banque Mondiale |

Equipe nationale :

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 1. Dr Kamissa Sano KEITA | MASPFE |
| 2. Dr C. Donghol DIALLO | Coordinateur Adjoint PNPCS/MSP |
| 3. Dr. Bintou BAMB | Coordinatrice PNL/MSP |
| 4. Dr. Fodé Moussa DANSOKO | Coordinateur PNPCS/MSP |
| 5. Mr Sékou CONDE | Min. Tourisme/Hôtellerie/Artisanat |
| 6. Mr Habib DIALLO | MJSEC |
| 7. Dr M'Mah Hawa SOUMAH | MASPFE |
| 8. Dr M. Bodié DIALLO | PNPCS/MSP |
| 9. Dr Camille Tafsir SOUMAH | DRS Kindia |
| 10. Mr Saliou SOW | ROSIGUI |
| 11. Mr Ibrahima DIANE | Sidalerte/ Guinée |
| 12. Dr Mamey CONTE | PNPCSMSP |
| 13. Mme Dioubaté Tiranké KABA | Primature |
| 14. Dr Alpha Oumar BARRY | DRS Kankan |
| 15. Mme Koné Aïssatou TOURE | MASPFE |
| 16. Dr Gilbert BAMIS | Min. Agriculture / Elevage |
| 17. Mr Arafan CISSE | Min. Mines, Géologie/Energie |
| 18. Dr Kalifa BANGOURA | DRS N'Zérékoré |
| 19. Hadja Halimatou DIALLO | Min. Transport Travaux Publiques |
| 20. M. Jean-René CAMARA | Démographe, BNR-SEP |
| 21. Dr Balla CAMARA | Santé Scolaire Universitaire |
| 22. Dr Robert CAMARA | DRS Mamou |
| 23. Hadja Madina BAH | Min. Communication |
| 24. Dr Mohamed CISSE | REGUIRES |
| 25. Dr Kadiatou SY | DSR/ SAJ |
| 26. Mme Kadé DIENG | PNPCS/MSP |
| 27. Dr M. Djouhé BARRY | DRS Labé |
| 28. Capt Niankoye SOUMAORO | Défense Nationale |
| 29. Dr Mandjou DIAKITE | CHU DONKA |
| 30. Dr Aïssatou CONDE | CHU I. DEEN |
| 31. Dr Fatou Siké CAMARA | DRS Conakry |

32. Mr. Lamarana DIALLO	AGBEF
33. Mr Theirrno Madiou BAH	Min. Communication
34. Mr Abdoul Rahim DIALLO	Fondation Espoir Guinée (FEG)
35. Mr Hassana SOW	Min. Jeunesse-Sport-Culture
36. Dr M. Lamine TOUNKARA	DRS Faranah
37. Cpt Sankarala DIALLO	MATD et Sécurité
38. Dr Hassane BAH	Médecine Légale
39. Mr Siré GADJIKO	Min. Enseignement Pré universitaire
40. Dr Morissanda KOUYATE	DSR/MSP
41. Mme Aïssata TRAORE	Min. Enseignement Sup. Recherche Scientifique
42. Dr Ousmane SOW	DRS Boké
43. Dr Amadou SYLLA	SNIGS/MSP
44. Pr Moussa KOULIBALY	Faculté de Médecine
45. Dr M. Mousliou DIALLO	Direction Nationale Pharmacies et Laboratoires
46. Mr Bademba BARRY	Conseiller Juridique MSP
47. Mr Kélétigui MANSARE	Secteur Rural
48. Mr Baba SOUMAORO	Université de Conakry
49. Dr André LOUA	Centre National de Transfusion Sanguine
50. Dr Roland Emmanuel MALANO	Division Prévention / MSP
51. Dr Youssouf KOÏTA	Division Méd. Traditionnelle / MSP
52. Mme Mantouma CONDE	PPSG
53. Mlle Safiatou BAH	PPSG
54. Mr René MILLIMOUNO,	PNPCS/MSP
55. Dr Abdourahamane TOURE	Service Dermatologie CHU DONKA
56. Dr Theirno Souleymane DIALLO	Projet Multisectoriel Sida
57. Dr Hadja Mariama Djélo BARRY	CNLS

Points focaux partenaires au développement

1. Dr. Fatoumata KANTE	FNUAP
2. Dr. Maxim OUABA	UNICEF
3. Mr A. Ibrahima Moumini BARRY	ONUDI
4. Mme Kaba M'Baliala CAMARA	PNUD
5. Dr. Abdoulaye BAH	OMS
6. Dr Ibrahima Sory BARRY	GTZ
7. Dr. Chris PEDE	MSF-B
8. Dr Soumaïla DIAKITE	Projet SIDA3
9. Mr Fodé Moricany CAMARA	UNESCO
10. Mr Thierno Oumar DIALLO	PSI/ OSFAM

Logistique

1- Mr Madiba FOFANA	Comptable PPSG
2- Mr Ibrahima Khalil DIENG	Bac+4 Marketing-Gestion commerciale
3- Dr Franz von ROENNE	Conseiller Technique Principal, GTZ