



Primature

Cadre Stratégique National de Lutte les IST/VIH/Sida 2013-2017

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail-Justice-Solidarité

Comité National de Lutte contre le Sida

SECRETARIAT EXECUTIF



CNLS

Zéro :

- *Nouvelles infections*
- *Décès liés au sida*
- *Discrimination /stigmatisatio*

SE/CNLS
BP: 3934 Conakry
Immeuble Ex-ENIPRA-4ème-Commune de
Kaloum
République de Guinée
Tél.: +224 30 43 36 44
E-mail:
secretariatexecatif@cnlsguineeconakry.org

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
LISTE DES ACRONYMES	2
PREFACE	5
REMERCIEMENTS	6
RESUME EXECUTIF	8
Chapitre II : Contexte géographique, démographique, socio-économique et sanitaire de la Guinée	12
Chapitre III : Résumé de l'analyse de la situation épidémiologique du VIH/sida et de la réponse au VIH	22
3.1 Résumé de l'analyse de la situation épidémiologique du VIH/sida	22
3.2 Résumé de l'analyse de la réponse selon les différents axes.....	27
Chapitre IV : Description de la stratégie nationale 2013-2017.....	30
4.1 Approche de la planification stratégique axée sur les résultats	30
4.2 Vision de la riposte nationale et stratégies à l'horizon 2017	31
4.3 Principes directeurs du Cadre Stratégique National 2013-2017.....	31
4.4 Fondements de la démarche de priorisation du Cadre Stratégique National 2013 – 2017.....	31
L'établissement des priorités du Cadre Stratégique National 2013 – 2017 plan stratégique 2013-2017 est fondé sur une réflexion articulée autour de sept points. Ce sont :	31
4.5 Approche du cadre d'investissement.....	32
4.6 Approche centrée sur les personnes	34
4.7 Chaîne des résultats du Cadre Stratégique National 2013-2017	34
Chapitre V : Mise en œuvre du Cadre Stratégique National 2013 – 2017.....	49
5.1 Cadre institutionnel	49
5.2 Cadre de mise en œuvre	49
5.3 Opérationnalisation du Cadre Stratégique National 2013-2017	49
5.4 Plans régionaux	50
5.5 Gestion du risque et Obligation de rendre compte	50
Chapitre VI : Suivi et évaluation du Cadre Stratégique National 2013-2017.....	51
6.1 Cadre de mise en œuvre du système de suivi et d'évaluation	51
6.2 Cadre de performance du CSN 2013-2017	57
7.1 Estimation globale des gaps financiers du CSN 2013-2017	57
Il ressort du « Tableau n° 15 Gaps financiers » que 84% du budget total du CSN 2013 – 2017 sont à mobiliser. Soit un montant total de 384 387 596 dollar américain.	57
7.2 Stratégie pour la mobilisation des ressources.....	58
7.4. Mécanismes de Gestion des ressources financières	58
7.5. Suivi de la gestion financière	58
ANNEXES	60
Annexe 1 : Cadre de performance du CSN 2013-2017.....	61
Annexe 2 : Budget par résultat d'impact.....	61
Annexe 3 : Budget par catégories.....	61

LISTE DES ACRONYMES

ARV	: Antirétroviraux
BM	: Banque Mondiale
BND	: Budget National de Développement
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCM	: Country Coordinating Mechanism (Mécanisme National de Coordination de la Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme)
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaires
CECOJE	: Centre d'Ecoute, de Conseil et d'Orientation des Jeunes
CHU	: Centre Hospitalo-universitaire
CMT-SE	: Commission Multisectorielle de Travail en Suivi&Evaluation
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CSN	: Cadre Stratégique National
DREAM	: Drug Resource Enhancement Against AIDS and Malnutrition
EIBC	: Enquête Intégrale Budget-Consommation
ESCOMB	: Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique
EDSG	: Enquête Démographique et de Santé de Guinée
FDS	: Forces de Défense et de Sécurité
FM	: Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose
GIZ	: Coopération Allemande
GR-SE	: Groupe de Référence en Suivi&Evaluation
HU	: H ommes en U niforme
HSH	: Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IDH	: Indicateur de Développement Humain

IEC	: Information, Education et Communication
IDU	Injection Drug User (Utilisateurs de Drogues Injectables)
IO	: Infections Opportunistes
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples)
MSF	: Médecin Sans Frontières
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
NASA	: National AIDS Spending Assessment (Ressources et dépenses de lutte contre le SIDA)
NSP-3G	Plan stratégique de troisième génération
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OIM	: Organisation Internationale pour la Migration
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le Sida
OUA	: Organisation de l'Unité Africaine
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PEC	: Prise En Charge
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNB	: Produit National Brut
PNLAT	: Programme National de Lutte Anti Tuberculose
PNPCSP	: Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/ Sida
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnel (le)s du Sexe
PSI	: Population Services International

PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RPR	: Rapid Plasma Reagin
RT	: Routiers
SA	: Service Adapté
SE/CNLS	: Secrétariat Exécutif du CNLS
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNIGS	: Système National d'Information et Gestion Sanitaires
Solthis	: Solidarité Thérapeutique et Initiative contre le sida
TAR	: Traitement Antirétroviral
TB	: Tuberculose
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	: United Nations General Assembly Special Session on AIDS (Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida)
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Agency International Development (Agence Américaine pour le Développement International)
USRE	: Unité Suivi Recherche Evaluation du SE/CNLS
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE

En juin 2011, la Guinée, comme plusieurs autres Nations du monde, a adopté la « Déclaration politique pour intensifier les efforts visant l'élimination du VIH et du Sida ».

La réponse développée par la République de Guinée face à la pandémie du VIH et du Sida a permis d'atteindre des résultats appréciables. Notamment dans les domaines de la prévention de nouvelles infections, de la prise en charge globale des Personnes vivants avec le VIH (PVVIH) et dans celui du soutien des populations affectées.

Le Cadre Stratégique National 2013-2017 (CSN) vise l'accélération du dispositif relatif à l'Accès Universel aux services de prévention, de traitement, de soin et de soutien en rapport avec le VIH ainsi que l'arrêt de la progression de l'épidémie. En outre, il permet d'envisager, avec optimisme, la satisfaction d'une aspiration légitime de la population guinéenne, l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en ce qui a trait à l'éradication de la pandémie.,.

Le CNS est également l'un des outils qui permet d'atteindre les objectifs définis dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP III) et de poursuivre la marche vers la vision de la Guinée en 2025

La réalisation de ces différents objectifs passera par une plus grande prise de conscience de la population, par la mise à sa disposition de services de qualité l'empêchant ainsi d'attraper le VIH et, en cas d'infection, d'être bien soignée.

Troisième du genre, le présent CSN s'inscrit d'emblée dans la continuité. Pour ce faire, il consolide les acquis de plus de vingt (20) ans de lutte. Le passage à l'échelle de toutes les stratégies d'efficacité reconnues devra mener la Guinée vers l'atteinte de l'Objectif « Zéro » : Zéro nouvelle infection à VIH, Zéro décès liés au Sida et Zéro cas de discrimination et de stigmatisation liés au Sida.

La mise en œuvre du CSN pour la lutte contre le sida 2013-2017 exige de tous les intervenants un effort plus soutenu en vue d'un meilleur alignement et une plus dense appropriation susceptibles de garantir une plus grande efficacité dans l'allocation des ressources destinées à la lutte contre le Sida.

J'exhorte les partenaires techniques et financiers de la Guinée, tous les acteurs de la lutte contre le sida à soutenir davantage la mise en œuvre du CSN de lutte contre le sida 2013-2017.

Je réitère l'engagement du gouvernement guinéen à tout mettre en œuvre afin qu'à l'instar des autres nations, la Guinée soit au rendez-vous dans le but d'ouvrir la voie à une génération sans Sida.

Dans cette lancée, la gestion transparente et l'obligation permanente de rendre compte tant prônées par son Excellence le Professeur Alpha CONDE, Président de la République, caractériseront toutes les interventions.

Le Président du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS)

Premier Ministre, Chef du Gouvernement

Son Excellence M. Mohamed Said FOFANA

REMERCIEMENTS

L'Assemblée Générale du Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS), réunie à **Conakry** le 06 novembre 2013 en sa session ordinaire, **a adopté** le Cadre Stratégique National de Lutte Contre le VIH et le Sida (CSN) 2013 – 2017. **Cette validation clôt** un long processus de planification.

Au nom de l'équipe du Secrétariat Exécutif du CNLS, j'exprime ma profonde gratitude à Son Excellence Monsieur le Premier Ministre, **Chef du Gouvernement**, Président du CNLS, pour son engagement personnel et son leadership remarquable **dans la conduite, au cours de ces années, de** la riposte nationale à l'épidémie du Sida en Guinée.

Le SE/CNLS le remercie tout particulièrement **pour avoir** soutenu le processus **d'élaboration du CSN** de la lutte contre le Sida **2013 – 2017** et accepté de **le préfacer. Le SE/CNLS y voit une des multiples preuves de son appropriation** au plus haut niveau de l'Etat. **Qu'il veuille accepter de partager ses remerciements avec son Gouvernement.**

A travers Monsieur le Premier ministre, la structure de coordination et l'organe technique du CNLS adresse ses vifs remerciements à Monsieur le Président de la République, le Pr Alpha Condé dont le leadership et la clairvoyance ont amené le Gouvernement, les principaux acteurs, et les populations guinéennes a résolument s'engager dans la mise en œuvre des orientations de la riposte au sida à travers le Secrétariat-Exécutif.

En effet, l'analyse de la réponse 2008-2012 a montré une contribution remarquable des différents secteurs et acteurs de la lutte. **Il est à noter que** le Gouvernement a régulièrement inscrit dans la loi budgétaire une ligne dédiée à la lutte contre le Sida. **Ce qui traduit une réelle appropriation nationale et une reconnaissance de l'activité comme une priorité nationale.**

En outre, le SE/CNLS apprécie l'ensemble des mesures prises par le Gouvernement pour pérenniser les activités du SE/CNLS singulièrement le renforcement de la ligne budgétaire consacrée à son fonctionnement. Cette mesure, véritable engagement du Gouvernement, est un message fort qui dénote de sa volonté inébranlable d'améliorer constamment la riposte nationale au Sida.

Le SE/CNLS remercie les partenaires techniques et financiers pour leur appui **dans la mise en œuvre, des différents domaines d'intervention des précédents Cadres Stratégiques Nationaux (2003 – 2007 ; 2008 – 2012) en rapport avec leurs missions respectives.**

Pour avoir soutenu techniquement et financièrement le processus d'élaboration du nouveau CSN 2013-2017 de troisième génération, basé sur la planification axée sur les résultats, **qu'ils en soient remerciés. Leur soutien s'est exprimé à travers** la mise à disposition de l'assistance technique nécessaire pour élaborer, restituer et valider les documents produits lors des différentes phases du processus.

Le financement du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le permis de faire du traitement antirétroviral une réalité salvatrice pour les PVVIH (**Personnes Vivant avec le VIH**) et **a contribué à la mise en œuvre du CSN 2008-2012.**

Les acteurs nationaux des secteurs public et privé, de la société civile ne sont pas en reste. Pour leur remarquable contribution et leur participation active aux différentes étapes dans l'élaboration du CSN 2013-2017, qu'ils en soient vivement remerciés. Le SE/CNLS attend d'eux un engagement redoublé de leur part dans sa mise en œuvre.

A l'équipe des consultants nationaux et internationaux, **le SE/CNLS leur adresse ses vives félicitations** pour la qualité de l'assistance technique. **Celle-ci a été** en phase avec l'équipe nationale de revue et de planification.

Tout en rappelant que c'est l'approche participative qui a été adoptée tout au long du processus, **le SE/CNLS nourrit l'espoir de voir faciliter** le suivi de la mise en œuvre du CSN 2013-2017.

Le SE/CNLS reste convaincu que les autorités du pays, les acteurs nationaux de la riposte au Sida ainsi que les partenaires au développement, demeureront engager dans la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre **du CSN 2013-2017 et dans son suivi – évaluation.**

Le SE/CNLS rassure tous les acteurs de sa ferme volonté de mener à bon port la mission à lui confiée dans la mise en œuvre de tous les mécanismes de la riposte nationale au Sida en Guinée.

Le Secrétaire Exécutif du CNLS

Dr. Abass DIAKITE

RESUME EXECUTIF

Le Cadre Stratégique National de lutte contre les IST et le VIH/Sida 2013-2017 de la République de Guinée s'inscrit résolument dans une perspective de renforcement des acquis de l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutiens.

En juin 2011, la République de Guinée a adhéré à la Déclaration Politique sur le VIH/sida « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida ». La Déclaration fut adoptée suite aux travaux de la réunion de haut niveau en juin 2011 à New York. Cette Déclaration constitue le cadre de référence du CSN 2013-2017.

La vision du CSN 2013-2017 s'inscrit dans la dynamique internationale pour l'atteinte des objectifs mondiaux de lutte contre le sida : « Parvenir à Zéro nouvelle infection ; Zéro décès lié au sida, Zéro discrimination ».

L'analyse des différentes données épidémiologiques a montré le caractère hétérogène de l'épidémie de Sida, tant du point de vue sociodémographique que géographique. Elle est essentiellement basée sur la prévalence des IST et du VIH dans la population générale, les populations vulnérables et les populations les plus à risque.

L'épidémie du VIH est de type généralisé. Elle est de 1,7%¹ au sein de la population générale avec des variations par région, par sexe, par âge et par groupe cible. Elle est plus élevée chez les femmes (2.1%) que chez les hommes (1.2%). De même, elle est plus élevée en milieu urbain (2.7%) qu'en milieu rural (1.2%). Il s'agit d'une épidémie concentrée parmi les groupes les plus exposés au risque en particulier les professionnelles de sexe (16,7%).

Selon ENSS de 2008, 2,5% des femmes enceintes sont séropositives au VIH. Cette séoprévalence bien qu'ancienne n'est pas très différente de celle rapportée par le PNPCSP au niveau des sites **PTME** en 2012 (3,22%). La prévalence est de 3,4% [2,8 – 4,0] chez les femmes de moins de 25 ans et de 3,4% [2,9 – 4,1] au niveau de celles de plus de 25 ans.

L'analyse de la situation du VIH et de la réponse qui en découle a engendré une meilleure compréhension de la dynamique de l'épidémie permettant ainsi d'identifier les principaux moteurs de l'épidémie, la relation entre l'épidémiologie de l'infection par le VIH et les situations à risque ainsi que les vulnérabilités contextuelles.

L'approche de la planification axée sur les résultats adoptée durant l'élaboration du présent CSN, a été initiée avec la participation de tous les acteurs et de tous les secteurs tant à l'échelle centrale qu'au niveau décentralisé. Leur adhésion a permis de construire les différents niveaux de résultats, leur hiérarchie, leur lien de causalité et les synergies nécessaires entre ces résultats et d'établir les priorités pour l'investissement des ressources. Le cadre de résultats constitue le référentiel auquel tous les partenaires nationaux et partenaires au développement se référeront pour conjuguer leurs efforts dans la mise en œuvre.

¹ EDSG IV+MICS- 2012

L'élaboration du portefeuille d'investissements promu par l'ONUSIDA s'est fondée sur une approche centrée sur les personnes. Cette orientation se décline par la mise en œuvre d'un paquet d'interventions cohérentes et durables pour améliorer la santé et les conditions de vie des populations les plus exposées au risque et des PVVIH ainsi que leurs ayants droit.

Les résultats de l'analyse situationnelle et de la réponse développés dans le Chapitre III ont aidé à orienter le choix des résultats d'impacts, d'effets et de produits.

LES RESULTATS D'IMPACT : le CSN est bâti autour de six (6) résultats d'impacts. Ce sont :

Résultat impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2017.

Les enjeux de santé publique de la prévention permettront de décliner cet impact, à travers six résultats d'effets pour la réduction effective de l'incidence de l'infection par le VIH dans la population et principalement parmi les personnes les plus exposées.

Résultat impact 2 : Dans le cadre de l'accès universel, la mortalité et la morbidité des PVVIH sont réduites d'au moins 50% d'ici 2017

Il se déclinera par la réduction du taux de morbidité et de mortalité des PVVIH adultes et enfants. L'atteinte des résultats d'effet entrainera l'élargissement de la couverture des programmes de prise en charge médicale, biologique, psychologique, sociale et communautaire des adultes et des enfants. Il s'agit de favoriser l'émergence d'un traitement, des soins et d'un appui bénéfiques pour les personnes vivant avec le VIH et contribuant aussi à réduire le nombre de nouvelles infections selon les recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA.

Résultat impact 3 : La protection des droits humains des PVVIH et des populations clés est assurée d'ici 2017

Le pays s'est engagé à lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des PVVIH et des groupes vulnérables et à rendre fonctionnel l'Observatoire National, Pour le Respect des Droits Humains et pour la Protection des Personnes Vivant avec le VIH conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 056/2009/PRG/SGG du 29/10/2009 portant amendement de la Loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en République de Guinée. Le présent CSN intègre les interventions visant à promouvoir et à protéger les droits des PVVIH en mettant un accent particulier sur les populations clés.

Résultat impact 4 : La gouvernance, la coordination de la riposte nationale au sida est efficace et efficiente à tous les niveaux d'ici 2017

La gouvernance et la coordination de la réponse nationale à l'épidémie de VIH devront être efficaces et efficiente à tous les niveaux pour garantir des résultats dans la mise en œuvre, le suivi et la qualité des interventions. La rédevabilité sera renforcée à tous les niveaux. Les interventions prioritaires viseront la pérennisation de la coordination en renforçant le leadership de l'Etat à prendre en charge cette coordination.

Résultat impact 5 : D'ici 2017, la participation des organisations de la société civile (réseaux, associations /ONG, des PVVIH et les populations clés) à la gouvernance de la réponse nationale, est effective à tous les niveaux

L'implication des acteurs communautaires est faible. Il s'agira donc de renforcer leurs capacités techniques et financières pour promouvoir leurs contributions effectives dans la lutte contre le VIH.

Résultat impact 6 : L'information stratégique de qualité est disponible et utilisée par les acteurs pour la riposte nationale au VIH/Sida d'ici 2017

Le Suivi Evaluation dans la gestion de la réponse nationale est déterminant pour mesurer l'atteinte de tous les résultats d'impacts, d'effets et de produits. Le système sera renforcé sur les plans structurel et fonctionnel afin d'en assurer sa performance.

En outre, le CSN contient d'autres données essentielles à l'atteinte desdits résultats. Ce sont :

- L'opérationnalisation du CSN 2013-2017 : elle sera effectuée à travers un Plan de mise en œuvre consolidé des plans régionaux et des plans sectoriels suivant les priorités du CSN. Ce plan, élaboré avec l'implication de toutes les parties prenantes, apportera plus de précisions sur la priorisation des actions, le ciblage des interventions, la couverture géographique, et la budgétisation des actions programmées.
 - La gestion préventive du risque : elle est un facteur important pour le succès de la mise en œuvre du CSN 2013-2017. C'est pourquoi, il existe dans le CSN une matrice des principaux risques potentiels identifiés, les facteurs associés à chaque risque et les mesures d'atténuation préconisées.
 - Le suivi et l'évaluation des interventions du CSN 2013-2017 : ces activités auront pour cadre de référence les 12 composantes d'un système de suivi et évaluation fonctionnel conforme aux standards internationaux. Les fonctions prioritaires du système seront d'informer régulièrement les acteurs et décideurs sur les performances de mise en œuvre du CSN, les modifications nécessaires pour une utilisation efficiente et efficace des ressources et l'identification des événements non prévus ainsi que les réorientations stratégiques urgentes.
 - La mesure de la performance de la mise en œuvre du CSN 2013-2017 : elle se fera au moyen des indicateurs définis pour chaque résultat attendu.
 - La communication : elle est l'un des facteurs importants dans la mise en œuvre réussie du CSN. Elle permettra, à travers l'IEC (Information, Education, Communication) et la CCC (Communication pour le Changement de Comportement) de mobiliser davantage les populations clés et vulnérables en vue de leur adhésion effective aux activités et aux résultats produits. Il en sera ainsi avec les leaders d'opinion et les décideurs en vue de créer un environnement favorable à l'atteinte des résultats. Enfin, elle assurera une meilleure visibilité et lisibilité de la riposte au Sida auprès de la population, de tous les acteurs dont les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs)
- La gestion des ressources financières : elles seront mobilisées auprès du Gouvernement et de ses différents partenaires. Leur gestion obéira aux procédures en vigueur à leur niveau

CHAPITRE I : PROCESSUS D'ELABORATION DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2013-2017

Le processus s'est déroulé en deux étapes complémentaires : la revue du CSN précédent (2008 – 2012) et l'élaboration de la présente. Le processus a obéi à une approche participative.

1.1 La revue participative du CSN 2008-2012 : elle a constitué le point de départ du processus de planification de celui de 2013-2017. Pour conduire ce processus, les actions ci après ont été prises :

- Création par décision N°006 du 30 Mai 2012 du SE/CNLS d'un Comité de Pilotage et d'une Equipe Nationale de Revue et de Planification. Cette équipe reçut, du 24 au 25 juillet 2012, une formation sur la planification axée sur les résultats. La formation fut assurée par un consultant international recruté à cet effet.
- Organisation à Conakry six (6) ateliers thématiques portant sur l'analyse de la situation et la réponse du CSN 2008-2012
- Organisation de quatre (4) ateliers régionaux en vue de l'amélioration de l'analyse et de la réponse au sida 2008-2012

1.2 L'élaboration participative du CSN 2013-2017

Tenant compte des recommandations de la revue (point 1.1), l'Equipe créée à cet effet a élaboré le CSN 2013-2017.

Il a été organisé pour ce faire, six (6) ateliers thématiques et un atelier national de validation technique du CSN 2013-2017. Ledit atelier a réuni l'ensemble des acteurs nationaux sur la riposte au VIH, y compris les Partenaires Techniques et Financiers.

Le document issu de ces ateliers a été validé lors de l'Assemblée Générale du CNLS (Comité National de Lutte contre le Sida) le 06 novembre 2013.

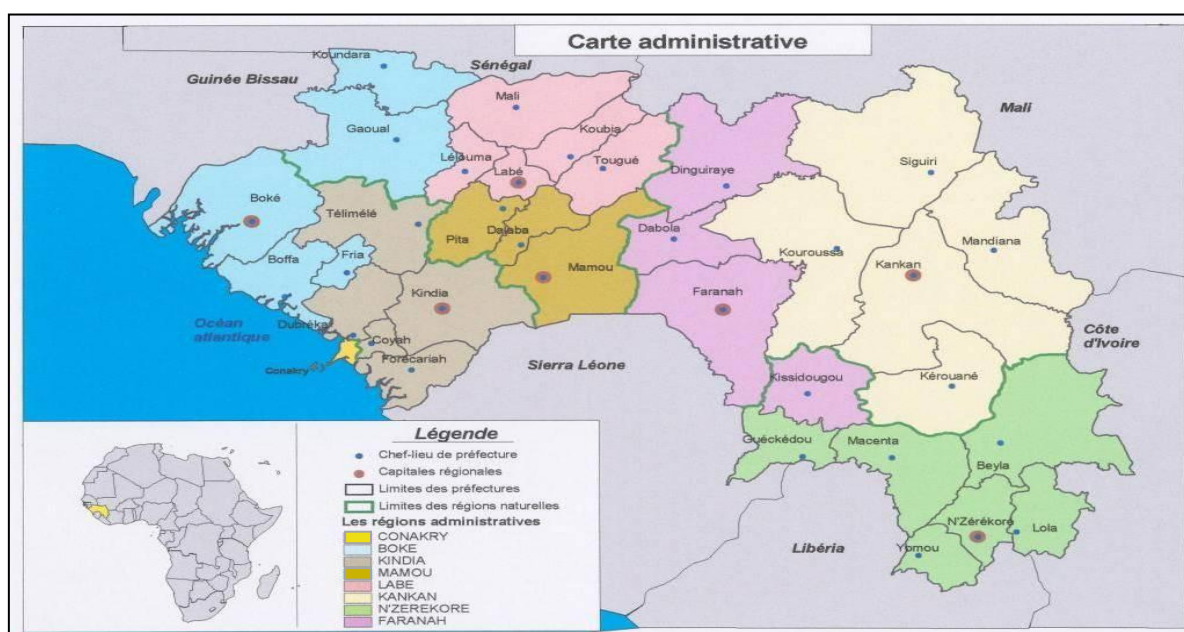
CHAPITRE II : CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE, SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE DE LA GUINEE

2.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE

La République de Guinée est un pays côtier. **Elle** est située dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'équateur et le tropique du cancer, entre les 7° et 12° de latitude nord et entre les 8° et 15° de longitude ouest. Sa superficie totale est de 245.857 km². Elle est limitée (cf : « Carte 1 : Carte administrative de la Guinée ») :

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

Carte 1: Carte administrative de la Guinée



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

2.2 SITUATION DEMOGRAPHIQUE

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

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

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

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

S'agissant des migrations internes, **l'on constate** un solde migratoire positif à Conakry et en Haute Guinée (RMDH/PNUD 2009). L'attraction de la capitale (**due au regroupement en son sein de** l'essentiel des infrastructures socio économiques) et l'existence **d'**activités minières en Haute Guinée expliquent **leur** solde migratoire positif.

Le tableau 1 « Récapitulatif des indicateurs sociodémographiques » ci-dessous donne des informations sur lesdits indicateurs

Tableau 1 Récapitulatif des indicateurs sociodémographiques

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

2.3. SITUATION SOCIO ECONOMIQUE

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

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

Selon le milieu de résidence, la pauvreté se caractérise par une paupérisation des villes même si elle continue d’être un phénomène rural. Sur les 5 dernières années, la pauvreté en milieu urbain a augmenté de près de 5 points de pourcentage. L’écart entre les taux de pauvreté urbain et rural est de 29,3 points de pourcentage en 2012, alors qu’il était de 32,5 points de pourcentage en 2007 (DSRP III). En 2012, le phénomène de la pauvreté était plus marqué dans les Régions Administratives de N’Zérékoré (66,9%), Labé (65%), Faranah (64,8%), Kindia (62,5%), Mamou (60,8%) et de Boké (58,9%) (DSRP, III).

Le pays connaît une légère augmentation (3,1%) du taux brut de scolarisation. Il est passé de 79% en 2007/2008 à 82,1 % en 2012/2013 au niveau national. Ce constat est presque le même au niveau des jeunes filles. On y a enregistré une augmentation du taux de scolarisation² de 3,6% entre 2007/2008 (71%) et de 74,6% entre 2012/2013.

En 2012, la population de la Guinée était constituée de 52% de femmes parmi lesquelles 78% étaient analphabètes. Cette proportion était de 88% en 1997. La réduction sensible du taux d’analphabétisme féminin s’explique par les efforts déployés dans ce cadre par le gouvernement et ses partenaires au développement (« Etude sur l’autonomisation économique de la femme », MASPFE, 2009).

2.4 SITUATION SANITAIRE

En matière de politique de santé, la Guinée a opté pour la stratégie de décentralisation **dans la perspective** de l’accès universel des populations aux soins de santé de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Pour y parvenir, les **axes** suivants ont été retenus dans le **Plan Stratégique de Développement Sanitaire 2003-2012** : (i) la lutte intégrée contre la maladie et la mortalité, (ii) le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion, (iii) l’amélioration de l’offre et de l’utilisation des services, (iv) le développement des ressources humaines, et (v) la promotion de la santé.

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

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

Indicateurs	EDS 2005	EDS 2012
Taux brut de mortalité des adultes	11,05 %0	10,19 %0
Taux de mortalité néonatale	39 %0	35 %0
Taux de mortalité infanto-juvénile	163 %0	122 %0
Taux de mortalité maternelle	980 /100 000 NV	710 /100 000 NV *
Couverture en CPN	82 %	85 %

² Annuaire statistique du MEPU-EC, 2013

Taux d'accouchements assistés	38 %	49 %
Taux de prévalence contraceptive	9 %	8,5 %
Taux de séroprévalence VIH	1,5 %	1,7 %
Insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans	26%	18%
Enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés	37%	37%
Espérance de vie à la naissance	62 ans	58,9 ans**

2.4.1 Organisation du système de soins

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

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

2.4.2 Ressources humaines

En 2009, le système de santé guinéen **comptait**, au total, 9674 professionnels de la santé (**cf tableau 3 Distribution des professionnels de la santé par Région Administrative et par sous-secteur**) répartis entre les secteurs publics (88%) et privé (12%).

Tableau 3 : Distribution des professionnels de la santé par Région Administrative et par sous-secteur

Sous-secteur	Régions Administratives								Pays	%
	Conakry	Boké	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'Zérékoré		
Privé	1148	ND	6	ND	29	3	17	ND	1203	12%
Public	4184	473	591	638	814	568	381	822	8471	88%
Total	5332	473	597	638	843	571	398	822	9674	100%

Source : Fichier du recensement du personnel de la santé, 2009 : **LEGENDES** : ND = Non déterminé

Ces effectifs correspondent à 0,855 professionnel de la santé pour 1000 habitants. Or, l'OMS (**Organisation Mondiale de la Santé**) recommande 2,3 agents de santé pour 1000 habitants afin d'atteindre une couverture satisfaisante **dans** quelques interventions essentielles **dont** fournir les services de santé fondamentaux définis par les **Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**.

2.4.3 Répartition Géographique des Infrastructures de soins

L'application des différentes normes en termes de types de structures et de critères d'implantation donne une répartition des infrastructures sanitaires publiques qui se présente comme suit (cf. **Tableau 4**)

Tableau 4: Répartition géographique des infrastructures publiques de soins en Guinée, 2012

N°	Régions Administratives	Poste de santé	Centre de Santé	Centre de santé Amélioré	HP/CMC	HR	HN	TOTAL
1	Conakry	4	22	0	5	0	3	34
2	Kindia	153	55	0	5	1	0	214
3	Boké	108	42	2	4	1	0	157
4	Mamou	97	36	0	2	1	0	136
5	Labé	176	65	1	4	1	0	247
6	Faranah	96	43	0	3	1	0	143
7	Kankan	134	67	0	4	1	0	206
8	N'Nzérékoré	157	77	2	7	1	0	244
	Total	925	407	5	34	7	3	1381

Source : Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS), décembre 2012

HP=Hôpital Préfectoral ; CMC=Centre Médical Communal ; HR=Hôpital régional ; HN=Hôpital National

En matière de structures de proximité, la moyenne nationale est d'un centre de santé pour 20 090 habitants. Par rapport à cette valeur, la **Région Administrative de Nzérékoré et la Ville de Conakry** sont les moins dotées comme le montre le « **Tableau 5 : Ratios Population par Poste et Centre de Santé** »

Tableau 5 : Ratios Population par Poste (PS) et Centre de Santé (CS).

Région Administrative	Ratio Population/Poste de Santé	Ratio Population/Centre de Santé
Conakry	475 560	86 465
Kindia	9 564	26 606
Boké	10 376	26 681
Mamou	9 284	25 016
Labé	6 651	18 010
Faranah	9 149	20 426
Kankan	11 880	23 760

Nzérékoré	17 910	36 518
Total	12 799	29 090

Source : DNEHS 2011

On dénombre, dans ces structures, 1 médecin pour 4,2 paramédicaux au niveau national, avec d'importantes variations régionales

Conakry, avec 1 médecin pour 2 paramédicaux, a le plus faible ratio. Les Régions Administratives, quant à elles, sont au-dessus de la moyenne nationale qui est de 1 centre de santé pour 20 000 habitants.

Les différents ratios du tableau n°5 montrent que les médecins sont concentrés à Conakry tandis que les paramédicaux (notamment des infirmiers brevetés ou ATS -Agents Techniques de Santé) le sont dans les structures de soins à l'intérieur du pays. Ils donnent également une indication sur la qualité des prestations dans ces zones.

Il ressort que 55,4% du personnel sanitaire travaillent dans les hôpitaux contre 44,6% dans les centres et postes de santé. Or, selon les normes, ces proportions devraient être de 46,8% et 53, 2%, respectivement, exactement l'inverse de la situation actuelle.

Sur le plan géographique, 17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales. Ils y couvrent 70 % de la population du pays, contre 83% en zones urbaines pour 30% de la population. La Ville de Conakry, avec 15% de la population nationale, dispose de 49% du personnel professionnel de la santé (cf : « *Tableau 6: Répartition du personnel de santé du secteur public et de la population par lieu de résidence* »).

Tableau 6: Répartition du personnel de santé du secteur public et de la population par lieu de résidence

Zone de résidence	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	Nzérékoré	Pays	%	Population (%)
Rurale	144	NA	212	214	196	242	153	264	1425	17	70
Urbaine	329	4184	379	424	618	326	228	558	7046	83	30
Total	473	4184	591	638	814	568	381	822	8471	100	100
%	6	49	7	8	10	7	4	10	100		

Source : Fichier du recensement du personnel de la santé, 2009

2.4.4 État des Infrastructures

Le secteur compte 1381 structures publiques, réparties entre sept (7) catégories. Leur état varie entre « Bon » et « Mauvais ». Comme l'indique le « *Tableau 7: Évaluation de l'état des infrastructures* » :

Tableau 7: Évaluation de l'état des infrastructures

Catégorie	Nombre	Bon état	Mauvais état
Poste de santé opérationnel	925	667	258
Centre de santé	407	206	201
Centre de Santé Amélioré	5	3	2
Hôpital préfectoral	26	14	12
Centre Médico-Communal	8	3	5
Hôpital régional	7	3	4
Hôpital national	3	1	2

Source : DNEHS de Soins 2011

2.4.5 Accessibilité géographique

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

En fonction de ces éléments, les taux d'accessibilité se présentent comme suit **dans le Tableau 8.**

Tableau 8 : Taux d'accessibilité géographique des structures de soins publiques.

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

Source : Rapport de programmation des Infrastructures DNEHS 2011

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

2.4.6 Qualité des prestations

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

Au cours de l'année 2010, il a été réalisé des supervisions au niveau d'un échantillon de Centres de Santé et hôpitaux du pays sur certains volets de la qualité des soins. Elles ont permis de faire un certain nombre de constats (cf : « Tableau 9 : résultats de l'évaluation de la qualité dans les structures publiques »)

Tableau 9 : Résultats de l'évaluation de la qualité dans les structures publiques

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

Source : DNEHS Novembre 2010

2.4.7 Utilisation des services

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

Tableau 10 : Évolution des indicateurs d'activités des Centres de Santé en Guinée de 2007 à 2011

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

Source : Rapport SNIS 2007 – 2011

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

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

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

Tableau 11 : Répartition des sites CDV, PEC et PTME par Région Administrative, 2012.

REGIONS ADMINISTRATIVES	PEC					CDV					PTME					National	
	Urbain	Rural	% urbain	Total	%	Urbain	Rural	% urbain	Total	%	Urbain	Rural	% urbain	Total	%	Total	% urbain
Conakry	20	0	100%	20	43%	33	0	100%	33	33%	25	0	100%	25	28%	78	33%
Kindia	4	0	100%	4	9%	5	0	100%	5	5%	7	2	78%	9	10%	18	7%
Boké	3	1	75%	4	9%	4	2	67%	6	6%	6	4	60%	10	11%	20	6%
Mamou	3	0	100%	3	6%	7	2	78%	9	9%	4	1	80%	5	6%	17	6%
Labé	1	0	100%	1	2%	10	1	91%	11	11%	10	0	100%	10	11%	22	9%
Faranah	4	0	100%	4	9%	10	4	71%	14	14%	7	0	100%	7	8%	25	9%
Kankan	5	1	83%	6	13%	9	2	82%	11	11%	9	1	90%	10	11%	27	10%
Nzérékoré	5	0	100%	5	11%	8	3	73%	11	11%	13	0	100%	13	15%	29	11%
TOTAL	45	2	96%	47	100%	86	14	86%	100	100%	81	8	91%	89	100%	236	90%

Sources : Rapport annuel de la riposte 2012

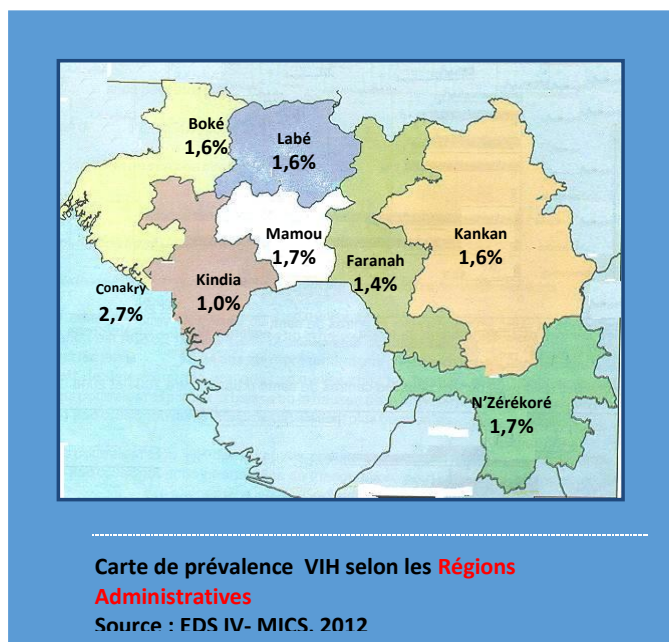
En 2012, au total 236 structures de santé (centres de santé, hôpitaux) offrent au moins la prise en charge IO/ARV (47 sites PEC), CDV (100 sites) et ou PTME (89 sites) sur 456 disponibles, soit 52% de couverture nationale (Cf. tableau 11). Le milieu rural reste le moins pourvu en termes de d'offres de services VIH soit 10% contre 90% en milieu urbain. Cette répartition des sites contraste avec la répartition de la population guinéenne avec près de 70% en milieu rural. La répartition des sites reste aussi inégale selon le type de prestation VIH, soit 96% de sites PEC, 86% de sites CDV et 91% de sites PTME en milieu urbain. En ce qui concerne la répartition par région administrative, la ville de Conakry, qui ne représente que 15% de la population totale, regorge 33% des services VIH disponibles. La proportion qu'occupe Conakry dans le total des offres de service varie selon le type, plus de 4 sites PEC sur 10 (43%), 1 sites CDV sur 3 (33%) et plus de 1site de PTME sur 4 (28%).

CHAPITRE III : RESUME DE L'ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA ET DE LA REPONSE AU VIH

3.1 Résumé de l'analyse de la situation épidémiologique du VIH/sida

L'analyse de la situation et de la réponse au VIH en Guinée a permis une meilleure compréhension de la dynamique de l'épidémie. Elle a permis d'identifier ses principaux moteurs et de se concentrer sur la relation entre l'épidémiologie de l'infection par le VIH et les situations à risque ainsi que les vulnérabilités contextuelles.

En effet, la connaissance et l'analyse des enjeux socio-sanitaires, juridiques et socioculturels ont également permis de comprendre les contextes qui empêchent les personnes à accéder aux informations et aux services en rapport avec le VIH et de les utiliser. L'analyse a permis de déceler que la stigmatisation et la discrimination sont des obstacles à la demande de services ainsi qu'à leur utilisation par la population.



3.1.1 Evolution de l'épidémie de VIH dans la population générale

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

Dans la population générale, les risques d'exposition au VIH diminuent beaucoup plus parmi les jeunes que parmi les adultes. Le pourcentage de jeunes de moins de 25 ans ayant plus de 2 partenaires durant les 12 derniers mois précédant l'enquête a diminué de 12,7% en 2005 à 4,8% en 2012, soit une réduction de plus de la moitié. Par contre, au niveau des adultes (plus de 25 ans), cette proportion a diminué de 10,7% à 7,9%. Soit une réduction de seulement 3% durant la même

période (EDS III+, 2005 et EDS IV+, 2012). Aussi, l'utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels a augmenté de 31,8% à 46,3% au niveau des jeunes de moins de 25 ans contre une baisse de 35,8% à 19,4% parmi les plus de 25 ans (selon EDS IV+)

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

3.1.2 Evolution de l'épidémie parmi les populations en contexte de vulnérabilité et les populations plus à risque (populations clés et leurs clients)

3.1.2.1 Prévalence de l'épidémie chez les populations en contexte de vulnérabilité : cas des femmes enceintes

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

Selon l'ENSS 2008, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est plus élevée en milieu urbain (4,5%) qu'en milieu rural (1,1%). Par contre, elle est de 3,4% chez les femmes enceintes de moins de 25 ans et chez celles de plus de 25 ans. La même enquête indique une distribution variable de la prévalence chez les femmes enceintes par Région Administrative (cf : « Tableau 12 : Prévalence (%) du VIH chez les femmes enceintes par Région Administrative en 2008 »).

Tableau 12 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes par région sanitaire en 2008-

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

Source : Rapport UNGASS 2012/

3.1.2.2 Prévalence du VIH chez les populations clés et leurs clients

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

Tableau 13 : Evolution de la prévalence et comportements à risques chez les populations clés de 2007 à 2012

Populations	Indicateurs	Résultats ESCOMB 2007 (%)	Résultats ESCOMB 2012 (%)
	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)		
	Prévalence	ND	56,6*
	Pourcentage des HSH ayant utilisé systématiquement les préservatifs avec un partenaire occasionnel	ND	26,8%
Populations à plus de risques (clés)	Professionnelles du sexe (PS)	34,4	16,7
	Pourcentage des PS ayant utilisé le préservatif au cours des 12 derniers mois avec un/des partenaire (s) commercial (aux) ou autres types de partenaires	65%	65,0%
	Population carcérale/Prisonniers		
	Prévalence	ND	9,4
	Pourcentage des Population carcérale/Prisonniers ayant utilisé systématiquement le préservatifs avec un partenaire occasionnel	ND	69,4
	Routiers		
Populations passerelles	Prévalence VIH	5,5	5,4
	Pourcentage des routiers qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport avec	76,9	54,9

Populations	Indicateurs	Résultats ESCOMB 2007 (%)	Résultats ESCOMB 2012 (%)
	un/des partenaire (s) occasionnel (s)		
	Miniers		
	Prévalence VIH	5,2	5,9
	Pourcentage des miniers qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	47,7	67,6
	Homme en Uniforme (HU)		
	Prévalence VIH	6,5	5,6
	Pourcentage des HU qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	61,9	70,0
	Pêcheurs		
	Prévalence VIH	5,6	5,3
	Pourcentage des pêcheurs ayant utilisé les préservatifs au cours des 12 derniers mois avec non régulier	50,5	34,2
	Jeunes		
Autres populations	Prévalence VIH	ND	2,5
	Pourcentage de jeunes hommes et de jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	68,1	31,7
	Patients tuberculeux		
	Prévalence VIH	ND	28,6

* échantillon raisonné de Conakry et de deux Régions Administratives (Kindia et Labé) –

LEGENDE : ND = Non Disponible

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

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

Par ailleurs, la persistance des comportements à risque au sein de cette sous population (HSH) et le faible accès aux services de prévention expliquent la prévalence élevée en son sein. Un HSH sur trois a déclaré avoir eu une IST et 4 HSH bisexuels sur 10 ont déclaré ne pas avoir utilisé le préservatif avec leur partenaire féminin au cours des 12 derniers mois. Trois HSH sur dix déclarent ne pas utiliser le préservatif avec un partenaire masculin. Des circonstances expliquent la non utilisation systématique du préservatif par les HSH dont : le rapport sexuel avec un partenaire habituel (50,8%), la connaissance de sa propre sérologie négative (33,9%) et la connaissance du partenaire depuis longtemps (10,7%).

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

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

3.1.2.3 Sources de nouvelles infections à VIH

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

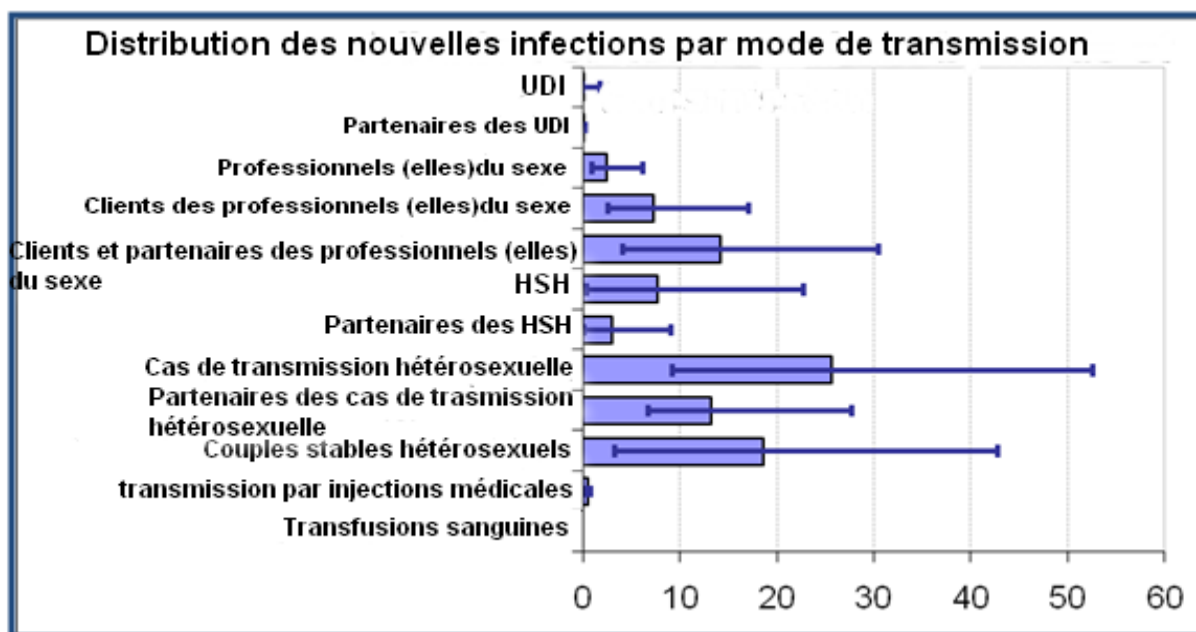


Figure 1 : Distribution des nouvelles infections par modes de transmission selon l'enquête MoT de 2012

Présentation des quatre principaux groupes de populations qui composent la dynamique de l'épidémie de VIH en Guinée :

1. *les populations clés, chez lesquelles l'épidémie est concentrée et qui constituent de ce fait son réservoir;*
2. *les populations passerelles qui, le plus souvent, sont en contact avec les professionnelles de sexe ;*
3. *les populations de femmes enceintes, de jeunes de 15-24 ans (en particulier des jeunes adolescentes) en contexte de vulnérabilité à cause de leur statut socio-économique (revenu, manque d'autonomie etc...);*
4. *les populations infectées et affectées qui font objet de discrimination, de stigmatisation et d'exclusion liées à leur statut VIH.*

3. 2 Résumé de l'analyse de la réponse selon les différents axes

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

La réponse développée en vue de l'atteinte des objectifs de cet axe a enregistré un certain nombre de résultats. De façon générale, le fonctionnement des services de prévention (CDV, PTME, SA) a souffert de ruptures fréquentes en intrants et consommables. L'analyse présente ci-dessous les acquis et les faiblesses relevés pour les domaines de l'Axe 1 :

1.1 Promotion de l'IEC/CCC : Un effort conséquent sur le VIH a été fourni pour l'enseignement dans les écoles (6671 sur 8087 écoles, soit 82%) et pour l'amélioration des niveaux de connaissance au niveau des jeunes âgés de 15 à 24 ans (16,2% en 2008 à 49% en 2012). Cependant on enregistre

un faible niveau de connaissances sur le VIH chez les groupes de populations les plus à risque (professionnelles du sexe; Hommes en Uniforme; miniers; routiers et pêcheurs).

1.2 Promotion de l'utilisation des préservatifs masculin et féminin : Des efforts considérables ont été fournis pour la promotion et la distribution de 49 133 165 préservatifs masculin et féminin avec un ciblage prioritaire des femmes et des PS. Il faut également noter que 60,73% des adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ont utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Néanmoins, on observe une faible accessibilité des populations aux préservatifs en milieu rural. Pour le préservatif féminin, cette accessibilité est réduite aussi bien en milieu rural qu'urbain

1.3 Dépistage volontaire et anonyme du VIH : L'objectif fixé (101 CDV) a été dépassé avec 110 CDV mis en place, soit 109%. Les populations carcérales et des groupes à haut risque ont eu accès aux services de CDV via les services mobiles de dépistage. En dépit de ces résultats, il apparaît nécessaire de souligner la faible couverture géographique des services CDV.

1.4 Diagnostic précoce et traitement des IST : La prise en charge des IST a été assurée chez les PS et HSH à travers les Services Adaptés (SA). La prise en charge syndromique des IST a été intégrée dans le paquet minimum des activités des structures sanitaires. Néanmoins, on dénote une faible couverture des districts sanitaires en SA.

1.5 Réduction des risques de transmission par voie sanguine : en matière de sécurité transfusionnelle et de prévention de la transmission du VIH en milieu de soins, le pays dispose de directives sur l'utilisation rationnelle du sang dans la pratique clinique et d'une Direction Nationale d'Hygiène Publique. En dépit de ces acquis, il faut souligner l'insuffisance de la couverture nationale en services de transfusion sanguine en termes d'infrastructure et d'équipements. L'insuffisance des matériels de protection, de formation et d'information sur les AES a constitué un frein à l'atteinte des résultats.

1.6 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) : La gratuité de la prise en charge en PTME avec 4243 femmes enceintes séropositives mises sous ARV dénote un fort engagement politique. Nonobstant cela, la couverture nationale reste faible avec 89 sites PTME

AXE 2: PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET NUTRITIONNELLE DES PVVIH

La gratuité du traitement des ARV et des médicaments anti IO a permis de mettre sous traitement 26 666 (soit 58,8% de couverture nationale) et de prendre en charge 45 463 cas d'Infections opportunistes chez les PVVIH jusqu'en 2012. En outre, 1059 cas de co-infections TB/VIH ont été pris en charge. Les ONG nationales et internationales ont participé à ces résultats et se sont constituées en réseaux. Elles ont également contribué de manière considérable à la PEC nutritionnelle des PVVIH. En dépit de ces résultats encourageants, on relève des insuffisances dont entre autres : une faible couverture en appareil CD4 et charge virale, l'absence d'un plan de maintenance des équipements biomédicaux et une faible couverture nationale en structures de prise en charge des IO (Infections Opportunistes)

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

La Guinée a renforcé la protection et le soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH et autres groupes spécifiques en réalisant un certain nombre d'actions dont entre autres : l'élaboration d'un guide avec un manuel de formation pour la prise en charge psychosociale, la diffusion de l'Ordonnance n° 056/2009/PRG/SGG du 29/10/2009 portant amendement de la Loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en République de Guinée à travers les radios rurales et communautaires et l'enclenchement de la mise en place de l'Observatoire des Droits des PVVIH. Ces actions ont été rendues possibles grâce à l'implication, d'une part des ONG/Associations dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, et d'autre part des PVVIH à travers la création de 26 associations de PVVIH. Celles-ci sont regroupées en réseaux. Cependant, l'atteinte des résultats a rencontré des difficultés au nombre desquelles il y a l'insuffisance de structures de prise en charge psychologique, le manque de psychologue clinicien, l'insuffisance d'assistants sociaux dans les structures de soins, l'absence de dispositif juridique et réglementaire en faveur des PS et HSH, le manque de structures d'accompagnement psycho - moral des PVVIH.

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

La riposte nationale au VIH a des acquis malgré la persistance de dysfonctionnements. Au compte des forces, il ya la mise en place de quatre coordinations régionales du SE/CNLS avec un recrutement de personnel additionnel, la mise en place du forum national des partenaires, l'organisation de trois (trois) retraites conjointes du SE/CNLS avec l'ensemble des partenaires, l'obtention d'un Accord de Subvention du Fonds Mondial à la Guinée de la série 10 du VIH/sida, RSS et la 2ème phase de la série 6 VIH/sida et série 9 de la tuberculose et l'adhésion du pays à l'initiative UNITAID, l'exonération sur les biens et services acquis dans le cadre des programmes de lutte contre le sida, l'ouverture et l'alimentation d'une ligne budgétaire pour le fonctionnement du SE/CNLS, et l'achat des ARV.

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

AXE 5 : SUIVI EVALUATION ET COMMUNICATION STRATEGIQUE

Parmi les progrès réalisés dans ce domaine, on peut noter la mise en place du Groupe National de Référence en Suivi-Evaluation de la maladie et de la Commission Nationale Multisectorielle en Suivi-Evaluation VIH, la rédaction régulière des différents rapports de progrès (point sur l'épidémie, UNGASS, accès universel, rapport annuel de la riposte), la mise en place d'un site web pour le CNLS, et la réalisation de certaines enquêtes et études (ESCOMB 2012, Estimation de la taille de HSH et PS, REDES, analyse de la situation de la co-infection VIH/TB).

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

AXE 6 : RENFORCEMENT DU SYSTEME COMMUNAUTAIRE

Cet axe **n'existe** pas dans le CSN 2008-2012. Vu l'importance de l'implication du monde communautaire dans la riposte au Sida, **il a été décidé d'inclure le volet dans le CSN 2013-2017.**

Le système présente des opportunités : l'existence de plusieurs réseaux, ONGs, Associations et Organisation à Base Communautaire (**OBC**) impliqués, dans la lutte contre le VIH, l'existence de projets et programmes des actions communautaires de lutte contre le Sida, et le plaidoyer sur les droits humains, la mobilisation des ressources y compris les Activités Génératrices de Revenu (AGR) par les Réseaux.

Ses principales faiblesses sont : l'absence de cadre de concertation entre les réseaux, ONG-Association, OBC, projets et programmes et la faible vulgarisation des textes de lois au niveau des réseaux, ONGs, Associations et OBC.

CHAPITRE IV : DESCRIPTION DE LA STRATEGIE NATIONALE 2013-2017

4.1 Approche de la planification stratégique axée sur les résultats

L'analyse de la situation et de la réponse a permis d'identifier des informations stratégiques et des réalisations dans le contexte de la dynamique de l'épidémie spécifique en Guinée.

La synthèse de l'analyse de la situation, résultant d'un travail collectif appuyé par les partenaires techniques et financiers décrit la propagation de l'épidémie de l'infection par le VIH dans le temps, l'espace et dans les groupes de population les plus exposés au risque de contamination par le VIH.

Elle a identifié les facteurs qui favorisent la transmission du VIH et les dynamiques permettant de prévoir les sources des nouvelles infections et de comprendre comment l'environnement économique, culturel, politique et organisationnel influence la dynamique de l'épidémie.

La démarche de la planification axée sur les résultats s'est appuyée sur les informations pertinentes issues de l'analyse de la situation et de la réponse afin de déterminer les stratégies et les interventions adaptées au contexte local et aux besoins spécifiques des populations qui ont plus besoin des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Elle est fondée sur la multisectorialité et la décentralisation en tant qu'approche de couverture du paquet de services correspondant aux zones géographiques et aux populations les plus touchées.

Parallèlement, la démarche a permis d'analyser la dimension financière afin de planifier les investissements financiers dans le cadre de ce nouveau Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2013-2017.

Le Cadre Stratégique National s'aligne sur les politiques et stratégies nationales tels le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), le Cadre d'Accélération des OMD et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

L'analyse de la réponse articulée à l'analyse de la situation a généré d'importantes informations qui constituent le socle pour la définition de nouvelles orientations prioritaires du Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH 2013 - 2017.

Cette définition implique une priorisation des activités destinées aussi bien à la population générale qu'aux populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH.

4.2 Vision de la riposte nationale et stratégies à l'horizon 2017

A l'instar des autres pays, la Guinée a adhéré à la Déclaration Politique sur le VIH et le sida « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida ». La vision des trois Zéros : « Zéro nouvelle infection par le VIH, Zéro discrimination, Zéro décès liés au Sida » constitue la référence politique sur laquelle repose le Cadre Stratégique National de Lutte Contre VIH et le SIDA (CSN 2013-2017).

4.2.1 But du Cadre Stratégique National : Contribuer à l'accélération de l'accès universel aux services de prévention, de soins, de traitement et de soutien aux PVVIH dans le respect des droits humains pour atteindre les OMD 4 (« Réduire la mortalité infantile »), 5 (« Améliorer la santé maternelle ») et 6 (« Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies »).

L'ensemble des acteurs nationaux de la riposte au VIH s'associeront pour permettre à la population de disposer de droits, de connaissances fondées sur des informations scientifiques et des compétences pour combattre le sida. Le Cadre Stratégique National 2013-2017 vise la réduction des nouvelles infections, l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH et le renforcement de la gouvernance de la réponse. L'investissement des ressources s'appuie sur des interventions cohérentes qui doivent aboutir à des résultats probants au niveau des effets et impacts.

4.3 Principes directeurs du Cadre Stratégique National 2013-2017

Les principes directeurs du **Cadre Stratégique National 2013-2017** sont :

- La prise en compte des besoins essentiels des personnes vivant avec le VIH et des personnes les plus exposées au risque de contamination ;
- Le respect des droits humains des PVVIH et des personnes les plus exposées au risque ;
- La prise en compte de la dimension genre et équité dans la riposte au VIH ;
- L'engagement communautaire ;
- La consolidation de l'approche multisectorielle et décentralisée de la riposte au VIH ;
- L'alignement et l'intégration des services VIH aux programmes nationaux pour l'atteinte des OMD ;
- La gestion des risques et le devoir de rendre compte.

4.4 Fondements de la démarche de priorisation du Cadre Stratégique National 2013 – 2017

L'établissement des priorités du Cadre Stratégique National 2013 – 2017 plan stratégique 2013-2017 est fondé sur une réflexion articulée autour de sept points. Ce sont :

- L'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse qui a mis en exergue les évidences de la dynamique de l'épidémie (analyse des nouvelles infections, hétérogénéité géographique et populationnelle de l'épidémie ...) ;
- L'engagement des autorités nationales et des acteurs nationaux, afin de maintenir et d'augmenter les efforts ;
- Le bon niveau d'engagement des partenaires au développement dans le contexte international actuel ;
- La prise en compte des besoins préventifs, sanitaires et sociaux des PVVIH et des personnes les plus exposées au risque de contamination ;
- L'utilisation du Cadre d'Investissement pour une allocation budgétaire, la négociation et/ou la réallocation budgétaire des subventions domestiques et extérieures, alignées sur les priorités ;

- La hiérarchisation basée sur des interventions à haut impact ;
- La définition de résultats impacts, effets, produits et d'indicateurs réalistes correspondant à la mise en œuvre de stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité à l'échelle nationale et internationale .

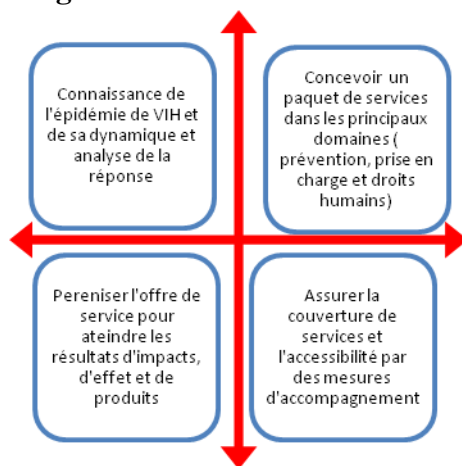
4.5 Approche du cadre d'investissement

En juin 2011, un article a été publié dans la revue The Lancet³. Il expose un nouveau cadre d'investissement pour la riposte mondiale au VIH. Ce nouveau cadre s'appuie sur les meilleures preuves disponibles sur les interventions efficaces en matière de prévention, de traitement, de soins, et de soutien liés au VIH. Il est destiné à promouvoir une utilisation plus ciblée et plus stratégique de ressources limitées⁴. L'approche du cadre d'investissement fait une différence entre les activités programmatiques de base qui ont un effet direct sur le risque du VIH, la transmission, la morbidité et la mortalité et les facteurs déterminants qui sont essentiels à la réussite des programmes liés au VIH et les synergies avec les secteurs du développement.

4.5.1 Comment se traduira le cadre d'investissement dans le CSN 2013-2017 ?

- L'analyse de la situation et de la réponse (mise en évidence d'un corpus d'informations stratégiques, épidémiologiques, tendances, dynamiques, populations nouvellement infectées, et situations contextuelles particulières, environnement socio-économique) ;
- L'identification des populations les plus exposées au risque ainsi que celles vulnérables au VIH ;
- La démarche de priorisation fondée sur les évidences ainsi qu'une planification axée sur les résultats (NSP-3G);
- Le focus sur l'accroissement de la couverture des services de qualité, en particulier au sein du système de santé ;
- La mise en œuvre de l'approche avec renforcement de l'efficacité grâce aux financements basés sur les résultats (FBR) et aux partenariats publics-privés.

Figure 1 : Schéma du cadre d'investissement



³ (Schwartländer et al)

⁴ L'ONUSIDA se fixe comme objectifs d'accompagner les pays pour optimiser les bénéfices de la riposte au VIH, appuyer une allocation de ressources plus rationnelle reposant sur le contexte et les données épidémiologiques des pays

4.5.2 Approches d'investissement

Deux types sont privilégiés. Ce sont : **i)** - investir durablement les ressources mobilisées (ressources nationales du budget de l'Etat et les fonds mobilisés auprès des partenaires techniques et financiers) **dans** l'atteinte des résultats escomptés, selon le principe de transparence et du devoir de rendre compte ; **ii)** - investir de manière efficace pour s'assurer du retour sur l'investissement, en mettant en relation les résultats atteints avec les bénéfices humains et financiers.

4.5.3 Dans le domaine de la prévention : il s'agira de préserver, parmi la population générale, les jeunes et les personnes vulnérables, les acquis qui ont donné des preuves tangibles de réduction des comportements à risque.

Dans le même temps, il sera mis en œuvre, pour les populations les plus exposées au risque, un paquet de services selon une approche cohérente d'interventions combinées. Elles s'articulent autour de la CCC, l'accès aux préservatifs et au gel lubrifiant, la prise en charge syndromique des IST, le conseil, le dépistage VIH, l'accès aux soins, au soutien et aux services de santé de la reproduction, la lutte contre la discrimination et la protection des droits humains.

4.5.4 Dans le domaine de la prise en charge globale et de l'ETME (ELIMINATION DE LA TRANSMISSION DE MERE A ENFANT) : le paquet de services qui sera mis en œuvre tiendra compte des recommandations internationales⁵ et nationales en matière de prise en charge. Ces interventions comportent une définition du circuit de prise en charge des PVVIH en indication thérapeutique, le renforcement des capacités des structures de prise en charge en matière de plateau technique et de personnel compétent, le renforcement du système d'approvisionnement, de stockage et de distribution des produits de santé.

Les femmes enceintes séropositives seront orientées vers les sites de prise en charge pour le suivi et la prise en charge globale (médicale, alimentaire/nutritionnelle, psychosociale..) pour elles et le nouveau né conformément aux recommandations de l'OMS et à l'option B+. Cette option donne la possibilité aux femmes vivant avec le VIH de démarrer immédiatement, à vie, une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé, mais aussi pour protéger leurs enfants.

4.5.5 Dans le domaine des droits humains : le paquet de services pour la protection et le respect des droits humains s'articulera autour de diverses interventions : la lutte contre toutes les formes de discrimination et de stigmatisation à l'endroit des PVVIH et des groupes les plus exposés, le recours aux services juridiques, les actions de plaidoyer auprès des leaders communautaires et religieux, des autorités administratives, ainsi que les actions pour l'acceptation sociale des PVVIH au sein de la population générale.

La contribution des PVVIH à travers le dispositif « Santé positive, dignité et prévention », est une des approches novatrices du CSN 2013-2017. Ce dispositif associe et accorde une responsabilité aux PVVIH et à l'intérêt préventif du traitement (soutien à l'observance, contraception, procréation et parentalité, prévention sexuelle, dépistage et traitement des IST, auto-support).

⁵ Recommandations internationales OMS/ONUSIDA/UNICEF/FNUAP

A partir de la définition du paquet de services, de la combinaison d'activités dans les divers domaines, de la définition de cibles prioritaires conformes à la dynamique de l'épidémie en Guinée, les choix d'investissement des ressources seront assurés.

Les indicateurs de performance indiqueront l'atteinte des résultats par rapport à l'investissement effectué. Grâce à l'élaboration du RNM et du REDES (Recettes et Dépenses liées au Sida) 2013, les financements seront orientés de façon stratégique, notamment à travers l'équilibre et la transparence entre les différentes contributions budgétaires : gouvernementale, secteur privé, extérieures (PTFs), et des communautés locales.

4.6 Approche centrée sur les personnes

Au vu de la synthèse de l'analyse de la situation et de la réponse, une priorité sera accordée aux groupes de populations qui caractérisent le profil de l'épidémie en Guinée et sa dynamique. Ce sont :

- ***Les populations les plus exposées au risque de contamination par le VIH.***

On y compte : les professionnelles de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les travailleurs migrants et la population carcérale.

- ***Les populations passerelle***

Y sont compris les groupes de personnes qui sont en interaction avec les populations les plus exposées au risque de contamination par le VIH : routiers/camionneurs, miniers/orpailleurs, et membres des Forces de Défense et de Sécurité (FDS).

- ***Les populations vulnérables vis-à-vis du VIH***

Elles sont constituées par les jeunes de 15-24 ans (scolarisés, déscolarisés et non scolarisés) et les femmes enceintes.

- ***Les populations infectées et/ou affectées par le VIH***

Il s'agit des personnes vivant avec le VIH, les orphelins du sida et autres enfants vulnérables, les veuf(ve)s du sida.

4.7 Chaîne des résultats du Cadre Stratégique National 2013-2017

La chaîne de résultats a été adoptée par les parties prenantes tout au long de l'élaboration du CSN. Cette adhésion eut pour conséquences la détermination des niveaux de résultats, leur hiérarchisation, l'identification des liens de causalité et des synergies devant exister entre ces résultats ainsi que l'établissement des priorités dans le cadre de l'investissement des ressources. Le cadre de résultats (cf : « Schéma du cadre des résultats ») est la référence fondamentale à laquelle tous les partenaires (nationaux et internationaux) devront se référer dans la conjugaison de leurs efforts dans sa mise en œuvre

Les résultats d'impact d'ici 2017

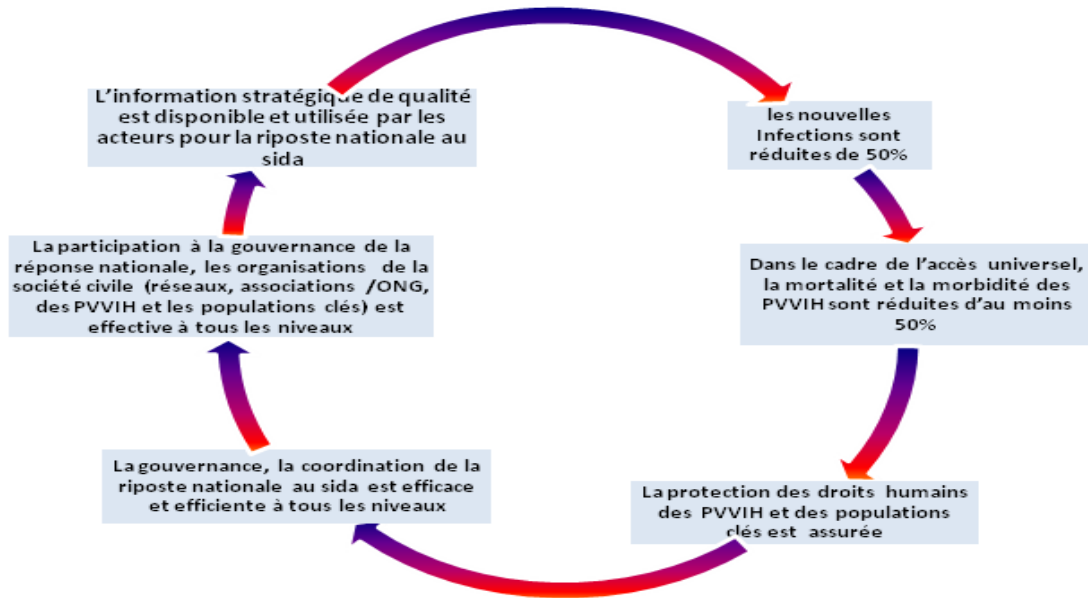


Schéma du cadre des résultats

Résultat impact 1 : les nouvelles Infections sont réduites de 50% d'ici 2017

Il devra permettre d'aboutir, d'ici 2017, à une diminution de l'incidence de l'infection par le VIH parmi les populations les plus exposées, à travers la mise en œuvre de six résultats effets (cf : « Encadré n° 1 : Liste des six résultats d'effets du résultat impact 1 »)

ENCADRE 1 : LISTE DES SIX RESULTATS D'EFFETS DU RESULTAT IMPACT 1

RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 1

D'ici 2017,

- 1.1 Au moins 60% des populations clés adoptent un comportement à moindre risque face aux IST/VIH (PS, HSH)
- 1.2 Au moins 50% des populations UDI ciblées adoptent un comportement à moindre risque face aux IST/VIH
- 1.3 Au moins 60% des populations vulnérables adoptent un comportement à moindre risque
- 1.4 La proportion de la transmission du VIH est réduite de 90% parmi les enfants nés de mère séropositive
- 1.5 Au moins 80 % des structures sanitaires mettent en œuvre des mesures de précautions universelles pour la sécurité transfusionnelle et les accidents d'exposition au sang/VIH
- 1.6 Au moins 80 % des jeunes de 10- 24 ans adoptent un comportement à moindre risque lié aux IST/VIH

L'articulation des interventions constituera un paquet de services promu dans le cadre de la prévention combinée auprès des populations les plus exposées au risque (PS, HSH,) et leurs partenaires, et la réduction des risques parmi les UDI.

La prévention par les activités de communication pour les changements de comportements sera également développée parmi les populations des miniers, Hommes en Uniforme, populations carcérales, routiers et pêcheurs considérées prioritaires au sein des populations en contexte de vulnérabilité. Il en sera de même pour l'accentuation de la réponse en matière de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, afin d'atteindre les résultats de 90% de réduction de l'infection par le VIH chez l'enfant. A noter que ce résultat constitue une priorité nationale. Les jeunes de 10 à 24 ans seront également ciblés par les interventions de prévention selon différentes approches de proximité.

Enfin pour maintenir les acquis, la sécurité transfusionnelle, la prévention et la prise en charge de l'exposition accidentelle (au sang, violence sexuelle) au VIH seront renforcées.

CONTENU DES SIX RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 1

1.1: Au moins 60% des populations clés adoptent un comportement de prévention des risques IST/VIH d'ici 2017 (PS, HSH)

La mise en œuvre du paquet d'interventions autour de la prévention combinée⁶ sera assurée pour permettre les changements de comportements escomptés parmi les populations clés. Elle combinera diverses interventions toutes complémentaires cependant, la communication pour le changement de comportement, l'accès aux préservatifs et au gel lubrifiant, la prise en charge syndromique des IST, le conseil et le dépistage du VIH, l'accès aux soins, aux services de santé de la reproduction, la lutte contre la discrimination et la protection des droits humains.

Les prestations de services auprès des PS (Professionnelles du Sexe) et des HSH seront réalisées sur la base des normes nationales et internationales. Elles seront mises en œuvre par les acteurs communautaires et associatifs ainsi que par des professionnels de santé qui auront été préalablement formés au sein de structures équipées et approvisionnées en médicaments et en kits de dépistage. Pour permettre une accessibilité aux services, des mesures d'accompagnement seront prises à travers la contribution des pairs éducateurs et des accompagnateurs/médiateurs.

Afin de permettre de mesurer l'efficacité et l'efficacités des interventions de prévention combinée, les outils de collecte de données et leur circuit seront mis à la disposition des acteurs.

1.2 : Au moins 50% des populations UDI ciblées adoptent un comportement de prévention des risques IST/VIH d'ici 2017

Hormis les analyses de situation menées par le Comité National de Lutte contre la Drogue avec l'appui de l'ONUDC⁷ dans les Régions de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, il n'existe aucune estimation de la prévalence de l'usage de drogues par injection, ni d'estimation de la prévalence de l'infection au VIH/VHB/VHC chez les usagers de drogues en Guinée. Cependant, l'Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique (ESCOMB 2012) de Guinée auprès des groupes à haut risque d'infection par le VIH, montre que 27,1% des PS ont déjà consommé de la drogue au cours des 4 dernières semaines précédant l'enquête.

Dans la plupart des pays des régions suscitées, cette population des usagers de drogue est très souvent restée en marge des programmes sanitaires et sociaux tant en ce qui concerne la prise en charge des IST que du VIH. C'est la raison pour laquelle, il existe peu d'informations qualitatives et quantitatives à son sujet.

Toutefois, ces informations bien que partielles, constituent un indicateur sur la nécessité de réaliser une étude sur la taille de cette population ainsi que sur la prévalence parmi elle. Les UDI, de par leur faible présence dans la population, représentent moins de 5% des nouvelles infections.⁸

L'usage de drogues intraveineuses est une pratique en développement dans lesdites régions. Cette pratique est liée à l'urbanisation rapide des régions, devenues une plaque tournante du narco-trafic

⁶Highly Active HIV Prévention ou Prévention hautement active du VIH adapté du modèle de K Holmes (HAHP) et C. Celum

⁷ONUDC Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
8MoT 2013 Grégoire Lurton ONG Solthis

ces dernières années. Avec le développement de l'usage de drogues injectables, le risque d'infection à VIH et des hépatites est une réalité émergente dans plusieurs capitales de la Région⁹

Aussi, dès que les études confirmeront l'existence et les problématiques que rencontrent ces populations, une approche de réduction des risques (RDR) pour les UDI incluant des activités de proximité, de distribution des kits d'injection et préservatifs, de collecte des seringues utilisées, de sensibilisation et d'éducation, d'appui social et d'auto-support sera développée.

L'approche RDR s'inspirera, en outre, des expériences des pays voisins notamment le Sénégal¹⁰ et /ou le Maroc.

1.3 : Au moins 60% des populations vulnérables adoptent un comportement de prévention des risques d'ici 2017

Grâce à la démarche d'approfondissement de l'analyse de la situation et de la réponse, les acteurs institutionnels et associatifs ont identifié des facteurs de risque comportementaux et contextuels parmi certaines populations. L'exercice de priorisation a permis de retenir cinq groupes en fonction de la prévalence : les miniers (5,9%) les hommes en uniforme (5,6%), les populations carcérales (9,4%), les routiers (5,4%) et les pêcheurs (5,3%).¹¹

Ces groupes, en tant que populations passerelles, donc impliquées dans des réseaux de transaction sexuelle sont tout naturellement exposées au risque de contamination par le VIH et les IST.

Dans le cadre de la réduction des risques, ces groupes bénéficieront d'interventions visant la prévention de proximité des IST/VIH et l'accès aux services de dépistage et de référence vers les sites de prise en charge. Ils feront l'objet d'interventions ciblées pour assurer la continuité des programmes en cours et leur mise à l'échelle pour atteindre des zones et des populations non encore couvertes. A cet effet, il est prévu le renforcement des capacités des intervenants dans les secteurs communautaires et sanitaires.

1.4 : La proportion de la transmission du VIH est réduite de 90% parmi les enfants nés de mères séropositives d'ici 2017

Selon les estimations et les projections de Spectrum 2011, le nombre d'enfants qui seront nouvellement infectés par le VIH par la transmission mère-enfant est de 1200 et le nombre estimé de femmes séropositives ayant accouché est de 4747.

Compte tenu du poids du contexte socio culturel encore favorable à la stigmatisation, le programme fait face à la difficulté de maintenir les femmes enceintes séropositives au VIH dans la file active afin de leur faire bénéficier des avantages du traitement antirétroviral prophylactique avant, pendant l'accouchement et durant les premiers mois de vie de l'enfant (en cas d'allaitement maternel)

⁹Etat des lieux, enjeux et perspectives dans le contexte des engagements internationaux (15 x 15, Accès Universel et OMD) Dr Jean-Baptiste GUIARD-SCHMID Dr Kémal CHERABI ONUSIDA janvier 2013

¹⁰ENQUETE UDSEN Sénégal (Dr Annie Leprêtre, Dr Idrissa Ba, Dr Maryvonne Maynard, Dr Karine Lacombe-10/06/2012)

¹¹Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique (ESCOMB 2012) de Guinée

L'augmentation et l'amélioration de la qualité de l'offre de PTME, dans le cadre de l'accès universel, seront étroitement liées aux performances dans l'offre de service de dépistage dans toutes les consultations prénatales. Afin de mesurer l'efficacité et l'efficience du programme national de la PTME, il sera nécessaire de renforcer l'accès des femmes audit programme. Les interventions seront hiérarchisées selon leur importance et le caractère prioritaire qu'elles revêtent. Elles s'articuleront sur l'offre systématique et la mise à l'échelle du dépistage à de toutes les femmes dès la 1ère CPN (Consultation Prénatale) ainsi que leurs partenaires. Et ce, au niveau de tous les postes de santé intégrant la CPN. De plus, les interventions appliqueront les nouvelles recommandations nationales et internationales en termes de thérapie antirétrovirale (y compris l'option B+) et anti-infections opportunistes pour les femmes enceintes durant l'accouchement et l'allaitement du nourrisson.

La mobilisation sociale, avec la participation des communautés et des associations, sera développée en vue de permettre à un nombre plus élevé de femmes et leurs partenaires de bénéficier effectivement du programme de l'ÉTME complète.

1.5: 80 % des jeunes de 10 - 24 ans adoptent un comportement à moindre risque lié aux IST/VIH d'ici 2017

Les jeunes constituent également une priorité compte tenu de la dynamique de l'épidémie, d'où la nécessité de préserver les acquis et maintenir la stabilité de l'épidémie. Des interventions de prévention de proximité seront menées pour promouvoir le changement de comportement par l'adoption de comportement à moindre risque. Pour ce faire, elles s'appuieront sur le réseau associatif, les acteurs communautaires, les acteurs institutionnels (notamment les enseignants, les éducateurs) ainsi que les leaders religieux.

1.6: Au moins 80 % des structures sanitaires mettent en œuvre des mesures de précautions universelles pour la sécurité transfusionnelle et les accidents d'exposition au sang d'ici 2017.

Les capacités des structures sanitaires et le personnel de santé seront renforcées afin de sauvegarder les acquis dans le domaine de la sécurité transfusionnelle.

L'approvisionnement régulier des services de transfusion en consommables de dépistage est une condition à remplir pour assurer la qualité des interventions.

Des mesures d'accompagnement seront également mises en œuvre dans le cadre du Réseau Associatif des Donneurs de Sang pour promouvoir la réduction des risques et la mobilisation sociale.

S'agissant des accidents d'exposition au sang et autres produits biologiques, les interventions porteront, entre autres, sur la prévention des risques de transmission en milieu de soins. Il sera organisé à cet effet des sessions de sensibilisation et de formation des personnels dans la perspective de provoquer en eux un changement de comportement favorable au succès de la lutte contre l'infection nosocomiale.

Résultat impact 2 : Dans le cadre de l'accès universel, la mortalité et la morbidité des PVVIH sont réduites d'au moins 50% d'ici 2017

Le présent résultat repose sur les engagements de l'Accès Universel adopté par la Guinée. Il se traduit par la réduction du taux de morbidité et de mortalité des PVVIH adultes et enfants (cf : « Encadré II : Liste des résultats d'effets de l'impact 2)

ENCADRE II : LISTE DES RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 2

RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 2 :

D'ici 2017 :

- **2.1 : Au moins** 90% des patients adultes et enfants diagnostiqués pour le VIH survivent 12 mois après le début du traitement
- **2.2 : Au moins** 80% des patients adultes et enfants maintiennent leur traitement 12 mois après initiation ²
- **2.3 :** Les capacités des structures de gestion et de contrôle de qualité des produits de santé y compris VIH/SIDA sont renforcées
- **2.4 :** La couverture pour l'accès universel au traitement est augmentée de 64% à 80%
- **2.5 : Au moins** 77% des patients sous ARV sont suivis 24 mois après le début du traitement
- **2.6: Au moins** 85% des patients adultes et enfants infectés par le VIH bénéficient du diagnostic et traitement des IO y compris la TB

L'atteinte des résultats d'effet entraînera l'élargissement de la couverture des programmes de prise en charge médicale, biologique, psychologique, sociale et communautaire des adultes et des enfants. Pour y parvenir, les interventions porteront sur le renforcement des capacités du personnel impliqué dans la prise en charge, la planification de l'estimation des besoins en médicaments et produits médicaux ainsi que l'informatisation du système de gestion.

La pharmacovigilance des médicaments ARV et IO et autres produits médicaux sera assurée par le Ministère en charge de la Santé et de l'Hygiène Publique. Le contrôle systématique de la qualité et de la constance de qualité des médicaments et autres produits sera assuré à travers le Département de contrôle de Qualité du Laboratoire National de Référence.

CONTENU DES SIX RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 2

2.1: Au moins 90% des patients adultes et enfants diagnostiqués pour le VIH survivent 12 mois après le début du traitement d'ici 2017

La prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH et de leur famille (que ces membres soient adultes ou enfants) passera par le renforcement qualitatif et quantitatif de l'offre de soins, du suivi et d'accompagnement psychosocial des PVVIH et de leurs ayants droit.

Les interventions de dépistage volontaire et de dépistage à l'initiative des prestataires de santé seront développées pour permettre non seulement aux personnes exposées au risque de connaître leur statut sérologique, mais également à celles qui se font consulter dans les différents services afin de diagnostiquer plus précocement, à leur niveau, l'infection par le VIH.

2.2 : Au moins 80% des patients adultes et enfants maintiennent leur traitement 12 mois après initiation

Les stratégies qui seront mises en œuvre devront se référer aux recommandations internationales de l'OMS en matière de prise en charge. Ces interventions comporteront une définition du circuit de prise en charge des PVVIH en indication thérapeutique, le renforcement des capacités des structures de prise en charge, des services hospitaliers nationaux et régionaux et de tous les sites de prise en charge par l'approvisionnement en ARV. Les capacités des services seront renforcées en équipements et personnels compétents. Le renforcement du système d'approvisionnement de stockage et de distribution de réactifs, matériels biomédicaux et médicaments ARV et IO nécessitera la mise en place de circuit et de mécanismes adéquats pour éviter les ruptures de stocks. Des examens pour la prise en charge et le suivi biologique des patients seront effectués de même que l'évaluation de l'Indice de Masse Corporel (IMC) pour diagnostiquer les PVVIH en situation de malnutrition.

2.3 : Les capacités des structures de gestion et de contrôle de qualité des produits de santé y compris le VIH/SIDA sont renforcées d'ici 2017

Les supervisions régulières des sites de prise en charge, les missions de parrainage des centres prescripteurs et les sessions annuelles de formation et de recyclage sur la gestion et la dispensation des ARV concourront toutes vers l'obtention d'un usage rationnel des médicaments ARV.

2.4 : La couverture pour l'accès universel au traitement est augmentée de 64% à 80% d'ici 2017

Les efforts seront fournis pour l'extension des sites de prise en charge au niveau du secteur privé. Par ailleurs, les interventions viseront l'intégration des CDV, PTME et PEC dans les structures sanitaires.

2.5 : Au moins 77% des patients sous ARV sont suivis 24 mois après le début du traitement d'ici 2017

Les stratégies consisteront à renforcer l'éducation thérapeutique à travers l'implication des assistants sociaux, les visites à domicile et l'appui socio-économique. L'implication des communautés locales sera privilégiée dans le suivi rapproché des malades.

2.6: Au moins 85% des patients adultes et enfants infectés par le VIH bénéficient du diagnostic et traitement des IO y compris la TB

Sachant que les IO constituent les principales causes de morbidité et mortalité liées au VIH, les plateaux techniques des structures sanitaires seront améliorés en termes de prise en charge des IO y compris la TB. Un accent particulier sera mis sur la formation des prestataires pour la prise en charge des IO y compris la TB. Par ailleurs, la collaboration sera renforcée entre les différents programmes de lutte contre le VIH et la TB.

Résultat impact 3 : La protection des droits humains des PVVIH et des populations clés est assurée d'ici 2017

La République de Guinée, signataire de la Déclaration Politique sur le VIH de 2011, s'est fixée deux objectifs : lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des PVVIH et des groupes vulnérables ; rendre fonctionnel l'Observatoire National pour le Respect des Droits Humains et la Protection des Personnes Vivant avec le VIH. C'est en raison de cela que le CSN 2013-2017 intègre des interventions visant à promouvoir et à protéger les droits des PVVIH en mettant un accent particulier sur les populations clés (Cf : « Encadré II : Liste des résultats d'effets de l'impact 3 »)

ENCADRE II : LISTE DES RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 3

RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 3 :

D'ici 2017 :

- **3.1** : Le respect des droits sanitaires, éducationnels et sociaux est effectif chez au moins 80% des PVVIH suivies
- **3.2** : Le respect des droits sanitaires, éducationnels et sociaux est effectif chez au moins 60% des populations clés
- **3.3** : Au moins 60% des PVVIH suivies bénéficient des interventions liées à la Santé/dignité (prévention pour réduire la discrimination et la propagation du VIH)

CONTENU DES TROIS RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 3

3.1 : Le respect des droits sanitaires, éducationnels et sociaux est effectif chez au moins 80% des PVVIH suivies d'ici 2017.

La mise en œuvre des interventions devra se traduire, dans le domaine des droits humains, par le renforcement de l'accès à la prévention et aux soins pour les PVVIH et les populations les plus exposées au risque. Les professionnels de santé qui accomplissent leurs missions dans les lieux de prévention et de soins seront formés pour accueillir les PVVIH dans le respect. Les acteurs communautaires et ceux de la société civile seront associés à ces formations. Ainsi, l'orientation et l'accompagnement des personnes qui en ont le plus besoin seront facilités d'autant plus que les parties agiront en synergie. Ce qui éloignera le risque de la discontinuité dans les itinéraires de prévention et de soins. Une attention particulière sera portée aux femmes vivant avec le VIH dans le but de leur permettre d'exercer pleinement leurs droits à la santé sexuelle et reproductive.

3.2 Le respect des droits sanitaires, éducationnels et sociaux est effectif chez au moins 60% des populations clés d'ici 2017

Le VIH continue d'avoir un impact négatif « sur les Professionnel(le)s du sexe (PS), les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI) et sur les populations carcérales. L'environnement socioculturel constitue un frein au déploiement de programmes de prévention ou de PEC en direction des populations clés. Les interventions comprendront, entre autres, la révision de la législation en vue de lever les obstacles aux actions de santé envers les populations suscitées.

L'offre de services du système de santé sera adaptée à l'accueil de ces personnes (y compris dans les services spécialisés de PEC des IST).

3.3 : Au moins 60% des PVVIH suivies bénéficient des interventions liées à la Santé/dignité (prévention pour réduire la discrimination et la propagation du VIH) d'ici 2017.

La contribution des PVVIH à la riposte à l'épidémie du VIH, à travers le dispositif « Santé positive, dignité et prévention », est une des approches novatrices du CSN 2013/2017. Le dispositif associe des déterminants sociaux aux dimensions médicales et préventives de la prévention telle qu'elle s'effectue actuellement. Cette approche recouvre le bénéfice et l'intérêt préventifs du traitement, l'observance, la contraception, la procréation et la parentalité, la prévention sexuelle, le dépistage et le traitement des IST, avec une forte implication des intéressés. Elle accorde une place et une responsabilité aux PVVIH. Toutefois, sa mise en œuvre requiert un vigoureux et continu plaidoyer.

Résultat impact 4 : D'ici 2017, la gouvernance, la coordination de la riposte nationale au sida est efficace et efficiente à tous les niveaux

Le résultat impact 4 repose sur les engagements des gouvernements à accroître la contribution de financement et la mobilisation des partenaires pour améliorer la coordination nationale de la riposte dans un contexte de transparence et d'obligation de rendre compte à tous les niveaux (cf : « Encadré IV »)

ENCADRE IV : LISTE DES RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 4

RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 4

- 4.1 La gouvernance, la coordination, le leadership et le partenariat (public – privé, communautaire) aux niveaux national, régional, local sont renforcés.
- 4.2 : L'allocation budgétaire nationale est augmentée de 20% en 2012 et de 50% d'ici 2017
- 4.3: Les risques programmatiques et financiers sont gérés et minimisés

CONTENU DES TROIS RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 4

4.1 La gouvernance, la coordination, le leadership et le partenariat (public – privé, communautaire) aux niveaux national, régional, local sont renforcés

La gouvernance et la coordination de la réponse nationale à l'épidémie de VIH doivent être efficaces et efficiente à tous les niveaux pour garantir des résultats dans la mise en œuvre, le suivi et la qualité des interventions. La redevabilité sera renforcée à tous les niveaux. Les interventions prioritaires viseront la pérennisation de la coordination en renforçant le leadership de l'Etat dans la coordination.

4.1.1 Coordination au niveau régional et local

Les efforts seront poursuivis pour impliquer les parties prenantes régionales et locales dans les processus de gestion intégrée multisectorielle de la réponse régionale au VIH/SIDA à travers les plans régionaux intégrés multisectoriels. Pour ce faire, les capacités d'interventions de l'ensemble des acteurs locaux seront renforcées en planification opérationnelle. Ce qui favorisera une plus grande harmonisation, et une mise en synergie efficiente des interventions. Le renforcement des capacités d'informatisation du système de gestion décentralisé des ressources ainsi que celui du personnel en gestion financière contribueront à l'opérationnalisation d'un système de gestion efficace.

4.1.2 Renforcement du partenariat dans le soutien aux interventions

Les interventions prioritaires consisteront à rendre fonctionnel le forum des partenaires, à appuyer les réseaux nationaux pour le développement de partenariat entre les organes institutionnels et les organes de la société civile et du secteur privé, et à poursuivre le plaidoyer pour le maintien des financements et la pérennisation des interventions.

4.2 : L'allocation budgétaire nationale est augmentée de 20% en 2012 et de 50% d'ici 2017

4.2.1 Promotion des mécanismes internes de mobilisation et de gestion des ressources pour le financement de la réponse nationale

Le plaidoyer auprès des parlementaires facilitera l'affectation de ressources financières dans les cadres des dépenses des différents organes de mise en œuvre.

Le plaidoyer et le suivi de l'engagement budgétaire de l'Etat seront assurés par le SE/CNLS et ses partenaires. Ainsi, ils auront un droit de regard sur l'affectation effective des ressources et sur leur utilisation conformément aux résultats attendus.

A noter que le renforcement du partenariat entre les acteurs impulsera des dynamiques qui permettront de mutualiser les ressources grâce à un système de cofinancement avec les différents partenaires locaux.

Afin de garantir un accès plus équitable aux soins pour l'ensemble de la population un certain nombre d'initiatives seront développées en vue de l'affectation durable de ressources nationales et d'une gestion rigoureuse des ressources internationales.

Toutes les interventions, de prévention, de prise en charge et de soutien au PVVIH seront documentées afin de fournir un cadre de référence et une analyse de leur impact.

4.3: Les risques programmatiques et financiers sont gérés et minimisés

4.3.1 Renforcement des capacités de gestion et de programmation des acteurs de mise en œuvre de la réponse nationale

Pour garantir la mobilisation, l'efficacité et la transparence de la gestion des ressources financières allouées à la stratégie nationale, les interventions seront axées sur le renforcement du système de gestion des ressources financières à tous les niveaux, en veillant à l'harmonisation des procédures et des règles de gestion financière.

Afin d'accroître la performance et l'atteinte des résultats de la riposte, les stratégies de financement basées sur les performances seront mises en œuvre avec le soutien des partenaires techniques et financiers. Le renforcement de capacités ciblera les acteurs des secteurs public et privé ainsi que des communautés locales impliqués dans la riposte nationale.

4.3.2 Mise en place des mécanismes de contrôle

Le mode de gestion financière de la mise en œuvre du CSN 2013-2017 s'alignera sur les mécanismes nationaux et ceux des partenaires techniques et financiers concernés. Le SE/CNLS assurera un suivi des ressources financières mobilisées. Le Département des Affaires Administratives et Financières du SE/CNLS fournira, semestriellement et annuellement, un rapport sur l'état du niveau de l'exécution financière. Le contrôle de l'utilisation efficiente des fonds, de la qualité et la transparence de l'utilisation des financements se réalisera à travers plusieurs mécanismes de suivi dont certaines seront les rapports périodiques, la supervision/encadrement des bénéficiaires, les audits financiers internes et externes.

Pour renforcer ces mécanismes de gestion, différentes approches seront utilisées. Les principales seront : établissement d'une cartographie des risques, opérationnalisation d'un plan de gestion des risques, performance des services d'audit interne en coordination avec des audits externes, effectivité et régularité des études et évaluation pour évaluer les résultats .

Résultat impact 5 : D'ici 2017, la participation des organisations de la société civile (réseaux, associations /ONG, des PVVIH) et les populations clés à la gouvernance de la réponse nationale, est effective à tous les niveaux

L'implication des acteurs communautaires dans la lutte est faible. Il s'agira donc de renforcer leurs capacités techniques et financières en vue de leur permettre de mieux assumer leur rôle (Cf : Encadré V)

ENCADRE V : LISTE DES RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 5

RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 5 :

- **5.1 :** Les organisations communautaires y compris celles des PVVIH et celles des populations clés sont renforcées et **sont** opérationnelles d'ici 2017
- **5.2 :** 100% des organisations de la société civile renforcées (réseaux, associations /ONG, des PVVIH et les populations clés) contribuent à la mise en œuvre de la réponse nationale au VIH et au sida

CONTENU DES DEUX RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 5

5.1 : Les organisations communautaires y compris celles des PVVIH et celles des populations clés sont renforcées et sont opérationnelles d'ici 2017

L'analyse des besoins en renforcement des capacités sera réalisée. Elle permettra d'identifier les forces et les faiblesses, et par la suite de programmer un appui adapté aux réseaux, associations /ONG des PVVIH et des populations clés.

Le CSN prévoit le renforcement des capacités managériales des organisations communautaires. Les ONG et associations seront formées sur des thématiques d'élaboration de document de politique tant au niveau programmatique qu'au niveau de la gestion et de la bonne gouvernance.

Les acteurs communautaires bénéficieront de formation sur des thèmes tels le management associatif, la gestion, le suivi évaluation, la gestion axée sur les résultats, la gestion financière. Les organisations communautaires seront équipées en moyens logistiques et de communication.

5.2 : 100% des organisations de la société civile renforcées (réseaux, associations /ONG, des PVVIH et les populations clés) contribuent à la mise en œuvre de la réponse nationale au VIH et au sida

Les organisations de la société civile sont des partenaires à part entière pour la mise en œuvre du CSN 2013-2017.

Pour atteindre les résultats escomptés, un effort important sera réalisé pour la cohérence et la coordination de leurs interventions. Différentes approches seront mises en œuvre :

- a) Elaboration d'une cartographie des zones d'intervention pour assurer une couverture correspondant aux besoins des populations cibles,
- b) répartition des tâches et des thématiques d'intervention pour éviter les duplications,
- c) établissement d'un cadre national de concertation et de veille entre les structures de la société civile,
- d) création d'un espace de mutualisation des ressources et du plaidoyer pour la mobilisation des ressources domestiques et l'optimisation de la réponse nationale au VIH,
- e) création d'outils adaptés aux missions et rôles du cadre de concertation

Résultat impact 6 : D'ici 2017, l'information stratégique de qualité est disponible et utilisée par les acteurs pour la riposte nationale au VIH/Sida

Le résultat de l'impact 6 repose sur l'amélioration de la collecte, le contrôle de qualité, l'analyse des données afin de produire des informations stratégiques de pour la prise de décisions adéquates, le plaidoyer et la planification.

ENCADRE IV : LISTE DES RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 6

RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 6
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6.1 : Le système national de suivi évaluation est renforcé ▪ 6.2 : L'information stratégique de qualité sur les IST, le VIH et le sida est produite, disponible et utilisée pour la riposte nationale. ▪ 6.3 : La communication stratégique en matière de riposte aux IST/VIH/Sida y compris la documentation et la diffusion des meilleures pratiques est renforcée

CONTENU DES TROIS RESULTATS D'EFFETS DE L'IMPACT 5

6.1 : Le système national de suivi évaluation est renforcé

Le Suivi Evaluation dans la gestion de la réponse nationale est déterminant pour mesurer l'atteinte de tous les résultats d'impacts, d'effets et de produits.

Le système sera renforcé sur les plans structurel et organisationnel avec un renforcement des capacités afin d'assurer sa performance.

Dans le domaine du renforcement des capacités, une place de choix sera accordée à la formation. Dans ce cadre, tous les Points focaux, les responsables de projets au niveau de la société civile et du secteur privé (national et régional) auront une connaissance du processus de suivi évaluation et l'ensemble des outils harmonisés mis en place.

Le suivi évaluation des interventions du CSN 2013-2017 (structures de planification, de suivi et d'évaluation opérationnelles publiques, privées, communautaires au niveau national, régional et local) sera renforcé.

Des revues internes et évaluations de la mise en œuvre du CSN 2013-2017 seront régulièrement organisées. Elles donneront lieu, si cela s'avère nécessaire, à une réorientation de la riposte.

Par ailleurs, des études d'impact seront menées en vue d'évaluer les interventions de prévention, de prise en charge et de soutien de droits humains aux PVVIH et populations clés.

La sélection des stratégies et interventions se fera sur la base d'évidences en termes de coût/efficacité et de coût/bénéfice des programmes. Les résultats escomptés de leur mise en œuvre sont: mise en place de bases de données informatisées, renforcement des capacités techniques du personnel des services chargés du suivi de la mise en œuvre des plans d'action pour la notification des cas (IST, SIDA et séropositivité, TB+VIH, décès ...), capitalisation des acquis en matière de séro-surveillance sentinelle du VIH et des IST, équipement et renforcement des capacités des sites sentinelles, réalisation d'études bio-comportementales. Ces études permettront de suivre la dynamique des nouvelles infections parmi les populations les plus exposées au risque. Les résultats de ces études épidémiologiques seront diffusés périodiquement sous forme de rapports d'études, de bulletins d'information, lors de journées de présentation des données du système d'information pays et dans un Site Web qui devra être régulièrement mis à jour.

6.2 L'information stratégique de qualité sur les IST, le VIH et le Sida est produite, disponible et utilisée pour la riposte nationale.

La recherche opérationnelle, susceptible de générer des informations stratégiques, sera développée avec la participation des chercheurs, des communautés et tous les responsables et acteurs impliqués.

Pour optimiser les interventions, une consultation sera organisée pour évaluer les besoins en recherche action.

La traduction des données compilées en information stratégique permettra d'améliorer considérablement la prise de décision en vue d'un meilleur pilotage de la riposte.

6.3 : La communication stratégique en matière de riposte aux IST/VIH/Sida y compris la documentation et la diffusion des meilleures pratiques est renforcée

Cette composante va s'atteler à rendre les actions de la riposte visibles et lisibles à travers des supports de communication adéquats. Des activités de plaidoyer seront menées auprès des décideurs/leaders d'opinion pour la réduction de la stigmatisation, la création d'un environnement favorable mais aussi pour l'adhésion des populations aux différents programmes (OBC ; droits humains etc...). Dans cette logique, un groupe de référence nationale, composé de communicateurs venant des structures nationales et internationales, sera mis en place.

5.1 Cadre institutionnel

La mise en œuvre du CSN se fera dans un cadre organisationnel et institutionnel comportant des organes et structures. Trois fonctions sont prises en compte à cet effet. Ce sont : orientation et décision ; coordination et suivi ; mise en œuvre.

5.1 Orientation et décision

La fonction est assurée par le CNLS. Il a pour mission : définir les orientations nationales de la riposte au sida ; assurer le plaidoyer et le partenariat au plus haut niveau dans la riposte au sida ; veiller au respect de la réglementation et de l'éthique en matière de riposte au sida

5.1.1 Coordination et suivi

La coordination de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des plans opérationnels se fera à trois niveaux :

- Niveau national par le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le sida (SE/CNLS)
- Niveau sectoriel par le Comité sectoriel de lutte contre le VIH (Comité interne)
- Niveau régional par le Comité Régional de Lutte contre le sida (CRLS).

5.1.2 Mise en œuvre

La mise en œuvre du CSN sera assurée par les secteurs public (santé et non santé) et privé ainsi que les communautés.

5.2 Cadre de mise en œuvre

La mise en œuvre des stratégies sectorielles de lutte contre les IST et le VIH/Sida 2013-2017 sera organisée selon une approche multisectorielle et de décentralisation. Celles-ci se développeront dans un cadre institutionnel qui impliquera les différents acteurs de la riposte nationale.

5.3 Opérationnalisation du Cadre Stratégique National 2013-2017

L'opérationnalisation du CSN 2013-2017 se fera à travers un Plan de mise en œuvre. Celui-ci sera la consolidation des plans régionaux et sectoriels. Le plan aura pour objectif majeur : guider la mise en œuvre du CSN 2013-2017. Il apportera plus de précisions selon la situation épidémiologique sur la priorisation des actions, le ciblage des interventions, la couverture géographique, et la budgétisation des actions programmées. L'élaboration des plans de mise en œuvre se fera de manière ascendante (de la base au sommet). Elle privilégiera la méthode participative.

5.4 Plans régionaux

Les activités prioritaires seront planifiées et mises en œuvre par les différents acteurs au niveau local, préfectoral et régional (secteur public santé et non santé, secteur privé et ONG/Associations/OBC) conformément à leurs missions et attributions définies dans le CSN. Elles seront pilotées par les Directions et Inspections Régionales, les membres des organisations de la société civile sous la coordination des CRLS.

5.4.1. Plans sectoriels

Les secteurs élaboreront des plans d'action qui prendront en compte les activités sectorielles des plans régionaux et les priorités définies par le CSN. Ces plans devront accorder une place importante aux problèmes et déterminants spécifiques à chaque secteur. Ils devront être conçus de sorte qu'il n'y ait pas de chevauchement d'activités avec celles déjà planifiées au niveau des Régions Administratives.

La mise en œuvre des plans sectoriels sera coordonnée par les Comités Sectoriels de Lutte contre les IST/VIH/ Sida.

5.4.2. Plan de mise en œuvre

L'élaboration du plan de mise en œuvre se fera par le biais de la consolidation des plans régionaux et sectoriels. Il contiendra les activités de toutes les structures et acteurs impliqués dans la conception et la mise en œuvre de la réponse au VIH/Sida.

Il comportera également toutes les activités à mener en fonction de chaque stratégie. La formulation de chaque activité se fera selon un chronogramme, un budget détaillé et des responsabilités de chaque acteur impliqué dans la mise en œuvre de cette activité.

Le plan sera quinquennal et dynamique. Du plan quinquennal découleront, chaque année, des plans qui seront mis en œuvre par les différents acteurs impliqués dans la riposte au VIH.

5.3.4 Les plans d'actions annuels

Chaque année, toutes les structures de coordination et de mise en œuvre (secteur public, secteur privé, société civile), sur la base de leurs domaines d'intervention respectifs, produiront leurs Plans d'Actions Annuels à partir du Plan National Multisectoriel (PNM).

5.5 Gestion du risque et Obligation de rendre compte

La gestion préventive du risque et l'obligation de rendre compte sont des facteurs importants du succès de la mise en œuvre du CSN 2013-2017.

Dans la perspective d'une gestion optimale du risque opérationnel ou financier, il est proposé, dans ce plan, une matrice¹² des principaux risques potentiels identifiés, les facteurs associés à chaque risque et les mesures d'atténuation préconisées.

L'obligation de rendre compte se fera, entre autres, à travers la diffusion des différents rapports d'exécution et les rencontres périodiques entre les acteurs de la riposte au VIH.

¹²Annexe 3 : Matrice des risques potentiels identifiés du CSN 2013-2017

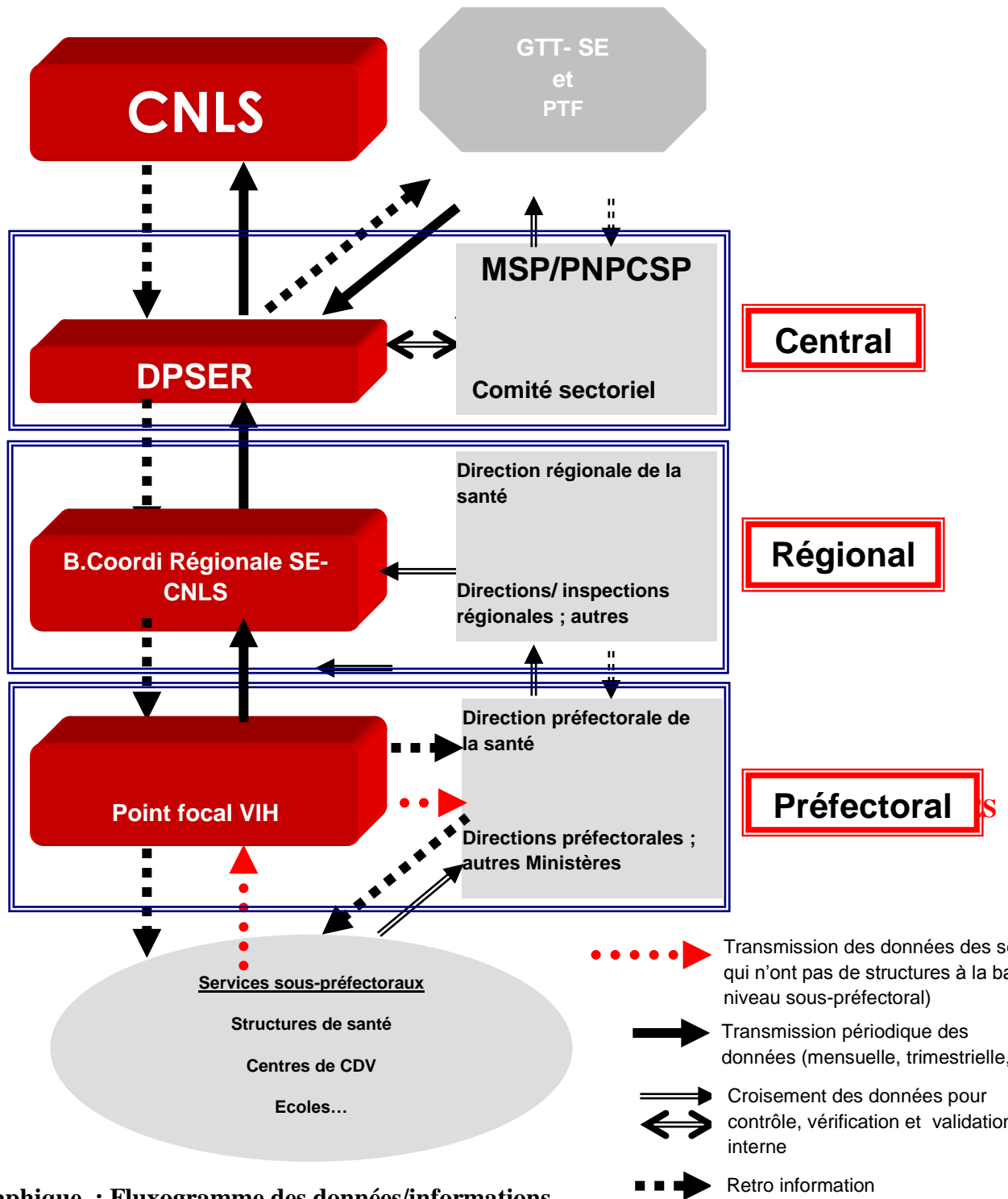
CHAPITRE VI : SUIVI ET EVALUATION DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2013-2017

6.1 Cadre de mise en œuvre du système de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation des interventions du CSN 2013-2017 aura pour cadre de référence les 12 composantes d'un système de suivi et évaluation fonctionnel en vigueur au niveau international. Les fonctions prioritaires du système seront d'informer régulièrement les acteurs et décideurs sur les performances de mise en œuvre du CSN, sur les modifications nécessaires pour une utilisation efficiente et efficace des ressources et d'identifier les événements non prévus ainsi que les réorientations stratégiques urgentes.

Le dispositif, à travers un plan, prévoit, en collaboration avec les Chargés de Suivi/Evaluation des Coordinations Régionales du CNLS, la collecte et l'acheminement des données des sites d'exécution des interventions vers le niveau central à travers la pyramide sanitaire.

Outre les structures de collecte, de traitement, d'analyse des données et de production des rapports semestriels, un groupe technique de travail en Suivi et Evaluation multisectoriel et multidisciplinaire et une Commission multisectorielle de travail en SE-VIH appuieront le DPSE (Département Planification, Suivi, Evaluation et Recherche) du SE/CNLS, les CRLS et CPLS dans la validation et l'assurance qualité des données.



Graphique : Fluxogramme des données/informations

6.1.1 Circuit de l'information (fluxogramme et rôle des différents acteurs impliqués dans la collecte des données)

Le circuit (Cf : « **Graphique : Fluxogramme des données/informations** ») comprend quatre niveaux :

- *Le niveau sous-préfectoral* est constitué par les structures de santé (centres et postes de santé), les services sous-préfectoraux, les entreprises et les OBC. Les responsables qui opèrent à ce niveau travaillent sur les registres et les fiches pour collecter les données et ils transmettent leur rapport mensuel au niveau immédiatement supérieur, la Préfecture.
- *Le niveau préfectoral* comprend la Direction Préfectorale de la Santé et les autres directions sectorielles. Les responsables, à ce niveau, traitent et compilent toutes les données/informations venant du niveau sous-préfectoral et les transmettent après validation dans des supports appropriés, tous les mois au niveau immédiatement supérieur, la Région Administrative. Les données des secteurs dont les ministères n'ont pas de représentations au niveau de la Préfecture, sont traitées par le Point Focal VIH préfectoral.
- *Le niveau régional* comprend la Direction Régionale de la Santé Publique, les autres directions/inspections et la coordination régionale du SE/CNLS. Les responsables, à ce niveau, traitent et compilent toutes les données/informations venant des différentes Préfectures qui composent la Région Administrative et les transmettent après contrôle/validation, tous les trimestres, à l'aide de supports appropriés, au niveau immédiatement supérieur, le central.
- *Le niveau central* comprend le Département Planification, Suivi-Evaluation et Recherche du SE/CNLS et les chargés du suivi-évaluation des comités sectoriels. Les responsables du suivi-évaluation ainsi que les gestionnaires des données, à ce niveau, effectuent la triangulation de données reçues du niveau régional pour en garantir la qualité. Les données ainsi traitées sont/seront soumises à validation au CMT- (Comité Médical Technique) SE VIH avant d'être disséminées.

La rétro-information part du niveau central jusqu'au niveau sous-préfectoral (Cf. Graphique 1 : Fluxogramme des données/informations)

6.1.2 Mécanisme de rapportage

L'information part du niveau sous-préfectoral vers le niveau central en passant par les niveaux préfectoral et régional. A chaque niveau, des outils de rapportage sont utilisés, un support de transmission est mis à disposition et une fréquence ou périodicité de rapportage est défini (cf :

Tableau 3 : Présentation des mécanismes de rapportage

Niveau	Type de rapport	Mode/Support de transmission	Fréquence	Délais	LIVRABLES
Central	Rapport de progrès trimestriel et annuel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courrier physique ▪ Courrier électronique 	Trimestrielle Annuelle	45 jours après le trimestre ou la fin de l'année	Rapport de progrès et analyse des écarts
Régional	Rapport d'activités et de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courrier physique ▪ Courrier électronique 	Annuelle Trimestrielle	25 jours après le trimestre ou à la fin de l'année	Rapport narratif et fichiers de données
Préfectoral	Rapport d'activités et de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courrier physique ▪ Courrier électronique, si disponible 	Mensuelle Trimestrielle	15 jours après le trimestre	Rapport narratif + données annexées
Sous-préfectoral	Rapport d'activités et de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courrier physique ▪ Courrier électronique, si disponible 	Mensuelle	5 jours après le mois	<u>Contenu</u> : données transcrites dans les outils de rapportage

6.1.3 Assurance qualité des données

6.1.3.1 Données de routine

6.1.3.1.1 Secteur santé

Au sein du système de collecte et de transmission des données du SNIS (Système National d'Informations Sanitaires), chaque rapport concernant le VIH est analysé avant saisie dans RAMIS pour en assurer les cohérences interne et externe. A chaque niveau de transmission (préfectoral, régional, national), la vérification de cette cohérence est réitérée avant compilation des données.

De plus, du fait de la spécificité technique des données du VIH, le PNPCSP/MSHP (Programme National de Prise en charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/Sida/Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique) opère, sur la base de la version papier des rapports qu'il reçoit un contrôle de qualité des informations reçues par le biais du RAMIS.

Enfin, le MSHP/PNPCSP fait dans les Centres de Santé des supervisions régulières. Au cours de ces visites de terrain, il compare la valeur des éléments des informations du dernier rapport aux mêmes valeurs calculées par ses soins à partir des outils de collecte de données.

Il procède par ailleurs à une validation de la qualité de ces données de base, à partir de la méthodologie du Manuel de Supervision prévu à cet effet.

6.1.3.1.2 Autres secteurs

Le SE/CNLS et ses démembrés (bureaux de coordination régionale et préfectorale) seront en charge de la supervision des activités des différentes structures qui interviennent dans la lutte contre le VIH. Chaque structure doit être supervisée au moins une fois tous les deux ans. La supervision en question comprend, entre autres, la vérification de l'archivage des différents rapports produits par la

structure, l'évaluation de l'utilisation des outils de collecte et d'analyse de données utilisés au sein de la structure, l'information et le recyclage sur les engagements de reporting de la structure et sur les critères de validation des rapports, et l'évaluation des mécanismes d'assurance qualité au sein de la structure.

Ces supervisions donneront lieu à la rédaction de rapports de supervision. Si des mesures correctives doivent être prises par la structure supervisée. Celles-ci deviendront une priorité pour la structure concernée. Elle doit être en mesure alors de s'y conformer avant la mise en œuvre de toute nouvelle activité.

6.1.3.1.3 Validation des données

Les données du Suivi-Evaluation de la lutte contre le VIH seront validées au cours de réunions appropriées telle que celle de la CMT-SE (Commission Multisectorielle de Travail en Suivi Evaluation). Elles réuniront le DPSE du SE/CNLS avec les structures productrices des données concernées. La mise à jour des données se fera trimestriellement et annuellement.

6.1.3.1.3.1 Mise à jour trimestrielle des données

- Les données devant être fournies par le PNPCSP et le PNLAT seront transmises à travers le MSHP au SE/CNLS au cours de réunions trimestrielles. Ces réunions auront lieu dans les deux premières semaines du trimestre suivant le trimestre d'exercice. Au cours de ces réunions :
 - Chaque acteur présentera les données qu'il doit fournir, et en discute les principaux résultats.
 - Chaque acteur présentera la complétude et la promptitude des données reçues, identifiera les problèmes de qualité rencontrés et présentera les solutions trouvées.
 - A l'issue de la réunion, les données seront validées ou, si d'importants problèmes de données ont été relevés, celles-ci seront rejetées par le SE/CNLS, qui proposera alors une date pour la mise à jour des données manquantes ou de faible qualité.
- Les données produites par le SE/CNLS seront transmises par les différents Départements concernés au DPSE. Elles feront l'objet d'une réunion de validation, à l'interne, au SE/CNLS. Au cours de cette réunion :
 - Les rapports et compte rendus produits seront présentés par les Départements concernés
 - Les activités et résultats seront discutés par l'équipe du SE/CNLS
 - Les valeurs des indicateurs seront validées à l'issue de la réunion ou, si un problème de disponibilité ou de qualité de certains rapports est constaté, les mesures pour y remédier seront proposées. Une nouvelle réunion sera convoquée.

6.1.3.1.3.2 Mise à jour annuelle des données

Les données devant être mises à jour annuellement seront validées au cours d'une réunion de la CMT (Commission Multisectorielle de Travail en Suivi Evaluation). Cette réunion sera préparée par le DPSE du SE/CNLS. Il en assurera l'animation et le suivi des recommandations. Les principaux points à aborder au cours de cette réunion sont :

- Bilan des activités de Suivi Evaluation de l'année écoulée, et difficultés rencontrées. Des recommandations sur le renforcement du Suivi Evaluation dans l'année à venir seront alors formulées.
- La dernière mise à jour des projections Spectrum sera présentée, et les principales évolutions sont/seront discutées. En particulier, la nécessité de réévaluer les cibles de résultat de la lutte contre le VIH en fonction de ces nouvelles projections sera évaluée.
- Si de nouvelles données épidémiologiques ont été produites au cours de l'année, elles seront être présentées et discutées.
- La situation sur la prise en charge médicale du VIH sera présentée par le PNPCSP.
- Une présentation sur la disponibilité des différents services de prise en charge du VIH sur le territoire guinéen sera faite à partir des données des différents répertoires.
- Les résultats du REDES seront présentés et discutés
- Les activités et les résultats des différentes structures de lutte contre le VIH seront présentées, la non réalisation des activités annulées sera justifiée, et les réalisations hors objectifs seront soulignées.

A l'issue de cette réunion, les données seront validées et intégrées dans le cadre de performance du CSN. Un compte rendu de la réunion sera rédigé par le DPSER du SE/CNLS. Ce rapport servira de base à la rédaction du rapport UNGASS pour l'année concernée.

6.1.3.2 Données d'enquêtes

La qualité des enquêtes effectuées dans le cadre du Suivi Evaluation du CSN est prise en compte avant même la réalisation desdites enquêtes. La CMT-SE se réunit pour évaluer la qualité des protocoles développés pour ces études. Elle pourra demander des modifications ou des amendements en cas de nécessité.

Pour la réalisation de l'étude, un membre du DPSER du SE/CNLS fera partie du Comité de Pilotage de l'étude et suit suivra l'avancée des travaux. Il contrôlera la qualité des outils de collecte de données et évaluera régulièrement leur qualité.

A l'issue de l'étude, la CMT-SE se réunit pour évaluer la qualité des données collectées et valider les résultats de l'étude. Toutes les données des études financées par ou à travers le SE/CNLS sont la propriété du SE/CNLS qui en assure l'archivage. Une évaluation de leur qualité est effectuée et une seconde estimation de certains éléments de l'étude est faite, pour vérifier la qualité de l'analyse des données.

6.1.4 Stockage des données

6.1.4.1 Secteur santé

Les données du secteur santé seront archivées au sein du PNPCSP/MSHP sur un serveur central, dans une base de données prévue à cet effet. Les versions papiers des rapports reçus au PNPCSP seront archivées dans des classeurs. Une version papier de ces mêmes rapports sera aussi conservée au niveau des DPS et une troisième version papier conservée au niveau des Centres de Santé. Les données VIH seront conservées par le Bureau Stratégique de Développement (BSD) dans le logiciel RAMIS prévu à cet effet. Cet archivage multiple permet la sécurisation des données. En outre, elle est utile pour le contrôle de la qualité des données.

Ces données constituent la mémoire institutionnelle et sanitaire de la Guinée. Une solution d'archivage de long terme devra être étudiée en vue d'une conservation durable et illimitée des données.

6.1.4.2 Autres secteurs

Chaque structure de lutte contre le sida doit conserver l'ensemble de ses rapports pour une durée minimale de dix ans. Chaque structure est responsable de cet archivage. Elle doit en mesure de les produire à tout moment pendant ces dix ans.

Une copie papier de ces rapports sera conservée au sein des DPS et des DRS concernées ainsi qu'une version électronique à archiver dans un espace sécurisé.

Enfin, le SE/CNLS conserve une copie électronique de l'ensemble de ces rapports (secteur santé et autres secteurs) dans une base prévue à cet effet. Le SE/CNLS est responsable de la conservation de ces données pour une durée illimitée. Une solution d'archivage de long terme devra être étudiée.

6.2 Cadre de performance du CSN 2013-2017

La mesure de la performance (cf : « **Annexe 1 : Cadre de performance du CSN2013 – 2017** ») de la mise en œuvre du CSN 2013-2017 se fera au moyen d'indicateurs définis pour chaque résultat attendu. Les données seront collectées par :

- Routine (collecte mensuelle ou trimestrielle selon les niveaux) ;
- Enquête de surveillance sentinelle chez les femmes enceintes, selon un rythme annuel ;
- Enquête de surveillance de seconde génération (ESCOMB), à réaliser tous les deux ans chez les groupes cibles prioritaires ;
- Enquête démographique et de santé couplée au volet sérologique VIH réalisée tous les cinq ans au sein de la population générale.

CHAPITRE VII : CADRE DE FINANCEMENT DU CSN 2013-2017

7.1 Estimation globale des gaps financiers du CSN 2013-2017

Il ressort du « Tableau n° 15 Gaps financiers » que 84% du budget total du CSN 2013 – 2017 sont à mobiliser. Soit un montant total de 384 387 596 dollar américain.

TABLEAU N° 15 : GAPS FINANCIER

BUDGETS	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017	Montant	%
Budget disponible	21 080 154	17 148 000	16 158 000	15 218 308	5 961 077	75 565 538	16%
Budget à rechercher (GAP)	33 222 975	84 428 702	91 367 126	80 472 279	94 896 515	384 387 596	84%
Budget requis	54 303 129	101 576 702	107 525 126	95 690 586	100 857 592	459 953 135	100%

7.2 Stratégie pour la mobilisation des ressources

La Stratégie de mobilisation décrite dans le Plan National de Mobilisation de Ressources a pour but majeur sera de combler les gaps financiers. La mobilisation des ressources se fera aux plans interne et externe.

7.2 La mobilisation externe :

En plus des principaux bailleurs de fonds traditionnels, la mobilisation des ressources se fera à travers des requêtes de financement, l'organisation d'une table ronde des partenaires techniques et financiers (élargie au secteur privé), des missions de plaidoyer au niveau régional et international et auprès du secteur privé, ainsi que la diffusion continue des résultats par le biais de canaux de communication appropriés.

7.3 La mobilisation interne :

Elle se fera à travers : i) l'intégration du VIH dans les plans et projets de développement ; ii) l'inscription de la ligne VIH dans les budgets sectoriels et des collectivités territoriales (communes, conseils régionaux) ; iii) les financements innovants : instauration d'une taxe « contribution au VIH », sur les jeux de hasard, le tabac, taxe sur les billets de transport aérien au départ de Conakry, les boissons alcoolisées et non alcoolisées, le tourisme, la téléphonie mobile, l'organisation de sidathon.

7.4. Mécanismes de Gestion des ressources financières

La gestion des ressources financières mobilisées dans le cadre de la mise en œuvre du CSN 2013-2017 obéira aux procédures et règlements en vigueur en matière de gestion financière et comptable au niveau national et international.

Au niveau national, ces procédures et règlements sont définis dans le « Manuel de procédures administratives, financières et comptables du SE/CNLS ». Le système de contrôle en place sera renforcé en vue d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

Le système en question comprend deux types de contrôle : l'interne et l'externe.

- Le contrôle interne : les procédures de contrôle interne sont définies dans le manuel des procédures administratives, financières et comptables du SE/CNLS. Ce contrôle sera renforcé par des mécanismes supplémentaires selon la politique du partenaire financier en la matière.
- Le contrôle externe : il sera mené à travers des audits externes indépendants. Ces audits seront assurés par des cabinets spécialisés et l'Inspection d'Etat.

7.5. Suivi de la gestion financière

Afin d'accroître la performance et l'atteinte des résultats de la riposte, des stratégies de financement basées sur la performance organisationnelle seront mises en œuvre. Le mode de gestion financière de la stratégie nationale de riposte au sida, obéira aux procédures nationales en vigueur ainsi qu'à celles des partenaires techniques et financiers impliqués.

Le SE/CNLS assurera un suivi des ressources financières mobilisées à travers son Département des Affaires Administratives et Financières (DAAF). Il se chargera de centraliser les données sur les ressources financières mobilisées, et sur celles engagées par les projets et programmes, et ce, quelle que soit la source de financement. Un plan de suivi des ressources sera élaboré à cet effet. Le DAAF fournira, semestriellement et annuellement, des informations sur l'état de l'exécution financière.

Un dispositif de décentralisation de la gestion financière sera mis en œuvre. Le contrôle de l'utilisation efficiente des fonds, de la qualité et de la transparence de l'information financière se

fera à travers plusieurs mécanismes de suivi dont les reportages périodiques, la supervision/encadrement des bénéficiaires, les audits financiers internes et externes.

Pour renforcer le mécanisme de gestion ainsi mis en place, plusieurs mesures d'accompagnement seront mises en œuvre. Ce sont, entre autres, la disponibilité d'une cartographie des risques, l'opérationnalisation d'un plan de gestion des risques, la performance des services d'audit interne, l'effectivité et la régularité des études et recherche opérationnelle pour évaluer les résultats.

ANNEXES

Annexe 1 : Cadre de performance du CSN 2013-2017

Annexe 2 : Budget par résultat d'impact

Annexe 3 : Budget par catégories

Annexe 4 : Bibliographie

Annexe 1 : CADRE DE PERFORMANCE DU CSN 2013-2017

N°	Niveau de l'indicateur	Libellé de l'indicateur	Baseline			Fréquence	Lié à la Baseline?	Cible pour les cinq prochaines années					Source de vérification	Commentaires
			Valeur	Année	Source			2013	2014	2015	2016	2017		
1	Impact	Nombre estimé de nouvelles infections au VIH chez les adultes et les enfants au cours de l'année	10 600	2012	Spectrum 2013 avec 500 CD4	Annuel	Non	7 467	6 268	5 462	4 757	4 023	Spectrum mis à jour	Projection faite sur la base des informations de l'EDS MICS IV 2012 et ENSS 2008. Les projections seront mises à jour chaque fois que les résultats épidémiologiques sur le VIH seront disponibles
1 bis	Impact	Pourcentage de professionnel (les) de sexe infecté par le VIH	16,70%	2012	ESCOMB	Biennal		15,70%			14,70%		ESCOMB	La baseline vient seulement des professionnelles de sexe féminin. Les prochaines enquêtes rapporteront les données sur les professionnels de sexe féminin et masculin (HSH)
1 bis1	Impact	Pourcentage de miniers infectés par le VIH	5,90%	2012	ESCOMB	Biennal		4,90%			3,90%		ESCOMB	La baseline vient seulement des professionnelles de sexe féminin. Les prochaines enquêtes rapporteront les données sur les professionnelles de sexe féminin et masculin (HSH)
1.1	Effet	Pourcentage de professionnel (les) de sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier clients	65,00%	2012	ESCOMB	Biennal		70,00%			85,00%		ESCOMB	La baseline vient seulement des professionnelles de sexe féminin. Les prochaines enquêtes rapporteront les données sur les professionnelles de sexe féminin et masculin (HSH)
1.1.1	Produit	Pourcentage de professionnel (les) de sexe qui accèdent à un programme de prévention IST/VIH	58,30%	2012	ESCOMB	Biennal		60,20%			64,20%		ESCOMB	La baseline vient seulement des professionnelles de sexe féminin. Les prochaines enquêtes rapporteront les données sur les professionnels de sexe féminin et masculin (HSH)

1.1.2	Produit	Pourcentage de professionnel (les) de sexe qui consultent le personnel médical en cas de syndrome d'IST	67,00%	2012	ESCOMB	Biennal			72,20%		77,40%		ESCOMB	La baseline vient seulement des professionnelles de sexe féminin. Les prochaines enquêtes rapporteront les données sur les professionnelles de sexe féminin et masculin (HSH)
1.1.3	Produit	Nombre de professionnel (les) de sexe qui sont pris en charge pour une IST au cours de l'année	ND	NA	NA	Annuel		27 600	45 600	45 600	45 600	45 600	MSP (rapport Services adaptés)	
1.1.4	Produit	Pourcentage de professionnel (les) de sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	79,60%	2012	ESCOMB	Biennal			87,50%		95,00%		ESCOMB	
1.2	Effet	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	ND	NA	NA	Biennal			70,00%		95,00%		Enquête IDU/ESCOM B	
1.2.1	Produit	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	ND	NA	NA	Annuel			208 000	208 000	208 000	208 000	ONGs et SC	
1.2.2	Produit	Pourcentage de consommateurs de drogues injectable qui disent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois	ND	NA	NA	Biennal			65,00%		75,00%		Enquête IDU/ESCOM B	

1.2.3	Produit	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND	NA	NA	Biennal			30,00%		50,00%		Enquête IDU/ESCOM B
1.3	Effet	Pourcentage de miniers qui déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois	67,50%	2012	ESCOMB	Biennal			70,00%		90,00%		ESCOMB
1.3.1	Produit	Pourcentage de miniers qui accèdent à un programme de prévention IST/VIH	24,10%	2012	ESCOMB	Biennal			47,00%		70,00%		ESCOMB
1.3.2	Produit	Pourcentage de miniers qui consultent du personnel médical en cas de syndrome d'IST	79,50%	2012	ESCOMB	Biennal			87,00%		95,00%		ESCOMB
1.3.3	Produit	Pourcentage de miniers qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	6,94%	2012	ESCOMB	Biennal			23,40%		40,00%		ESCOMB
1.4	Effet	Pourcentage estimé d'enfants ayant été infectés par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	30,57%	2012	Spectrum 2013 avec 500 CD4	Annuel		21,93%	20,67%	19,55%	18,44%	17,33%	Spectrum
1.4.1	Produit	Pourcentage des sites PTME qui bénéficient de l'intervention des médiateurs / médiatrices communautaires	ND	NA	NA	Annuel		60,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	MSHP

1.4.2	Produit	Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives qui ont été testés dans les deux premiers mois après leur naissance	12,48%	2011	UNGASS 2012	Annuel		27,92%	43,49%	58,99%	74,50%	90,00%	MSHP	La donnée de base ne représente que les résultats de deux sites à Conakry (DREAM et MSF-Belgique). Les prochaines valeurs seront déterminées à partir des données nationales
1.4.3	Produit	Pourcentage des femmes séropositives et de leurs enfants qui bénéficient d'un appui nutritionnel et socio-économique	ND	NA	NA	Annuel		15,00%	21,25%	27,50%	33,75%	40,00%	Enquête vécu des PVVIH	
1.4.4	Produit	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	40,47%	2011	UNGASS 2012	Annuel		50,38%	60,28%	70,19%	80,09%	90,00%	MSHP	
1.4.5	Produit	Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH et qui connaissent leurs résultats	842 ⁶⁷	2012	MSHP (PU/DR Q17 à Q20 R6)	Annuel		277 700	341 316	408 162	478 200	551 618	MSHP	La donnée de base nationale n'est pas disponible pour l'année 2012. Nous avons retenu les résultats du R6. Les futures valeurs de cet indicateur seront obtenues à partir des données nationales compilées par le PNPCSP du Ministère en charge de la santé.
1.5	Effet	Pourcentage de jeunes âgés de 10-24 ans qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel	40,00%	2012	ESCOMB	Biennal			60,00%		80,00%		ESCOMB	
1.5.1	Produit	Pourcentage de Jeunes âgés de 10 à 24 ans que les programmes de prévention IST/VIH parviennent à atteindre	31,70%	2012	ESCOMB	Biennal			70,00%		90,00%		ESCOMB	La donnée de base est celle des jeunes de 15 à 24 ans.
1.5.2	Produit	Pourcentage de structures d'enseignement public et privé (primaire et secondaire) qui intègrent un	ND	NA	NA	Annuel		40,00%	60,00%	70,00%	82,00%	95,00%	Ministère de l'éducation	

		module sur l'enseignement du VIH												
1.5.3	Produit	Pourcentage de jeunes âgés de 10 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	24,80%	2012	ESCOMB	Biennal		29,80%		34,80%		ESCOMB/EDS	La donnée de base est celle des jeunes de 15 à 24 ans.	
1.6	Effet	Pourcentage des structures sanitaires qui mettent en œuvre des mesures de précautions universelles pour la sécurité transfusionnelles et les AES	ND	NA	NA	Annuel		50,00%	60,00%	70,00%	80,00%	90,00%	MSP	
1.6.1	Produit	Pourcentages des CNTS et CRTS qui assurent une transfusion sanguine selon les normes nationales	ND	NA	NA	Annuel		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	MSP	La donnée de base non disponible. Des enquêtes périodiques sur le contrôle de qualité dans les structures de transfusion sanguine permettront non seulement d'obtenir la donnée de base mais aussi de déterminer les cibles pour les prochaines années
1.6.2	Produit	Pourcentage des formations sanitaires qui assurent ou réfèrent la prise en charge des AES	ND	NA	NA	Annuel		60,00%	70,00%	80,00%	90,00%	95,00%	MSP	Information de routine à collecter dans les rapports des formations sanitaires
1.6.3	Produit	Pourcentage des centres de santé qui assurent la gestion des déchets biomédicaux selon les normes standards	ND	NA	NA	Annuel		60,00%	70,00%	75,00%	80,00%	85,00%	MSP	Information de routine à collecter dans les rapports des formations sanitaires

2	Impact	Taux de décès liés au VIH chez les personnes vivants avec le VIH	4,41%	2012	Spectrum 2013 avec 500 CD4	Annuel		1,46%	0,96%	0,60%	0,28%	0,03%	Spectrum	La donnée de base a été obtenue à partir du Spectrum 2013 (5208 décès annuels sur 117 494 PVVIH). Les données d'enquêtes prochaines permettront la mise à jour de cet indicateur.
2.1	Effet	Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral et qui y ont accès	64,64%	2012	Rapport de la Riposte Nationale Guinée	Annuel		67,71%	70,78%	73,86%	76,93%	80,00%	MSHP	
2.1.1	Produit	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	18,78%			Quinquennal						40,00%	EDS	
2.2	Effet	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	70,00%	2012	Rapport de sondage dans les sites de Conakry2013	Annuel		71,00%	72,00%	73,00%	74,00%	75,00%	Enquête de survie dans les sites PEC	Cet indicateur sera renseigné à partir des données de routine dans les PEC
2.2.1	Produit	Pourcentage des patients sous ARV qui ont eu accès aux CD4 pendant l'année	ND	NA	NA	Trimestriel		50,00%	60,00%	70,00%	80,00%	90,00%	MSHP	Cet indicateur sera renseigné à partir des données de routine dans les PEC
2.2.2	Produit	Pourcentage de patients en besoin de Cotrimoxazole et qui en reçoivent	20%	2012	Rapport PNPCSP/Spectrum	Trimestriel	Non	40,30%	46,00%	59,00%	72,00%	85,00%	MSHP	La donnée de base 20% (24070/117494) provient seulement des données du PNPCSP sur le financement Fonds mondial. Les 117 794 sont issus des projections du Spectrum
2.3	Effet	Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH, dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 24 mois après le début du traitement parmi les patients ayant	63,0%	2012	Rapport MSF/B	Annuel		65,80%	68,60%	71,40%	74,20%	77,00%	MSHP	La donnée de base nationale non disponible. Nous avons utilisé les résultats du MSF/B de 2012 comme baseline pour les adultes. Le pays s'est fixé 77% comme objectif à l'horizon 2017 et les données seront collectées dans tous les sites

		débuté le traitement antirétroviral												PEC du pays.
2.3.1	Produit	Pourcentage des patients qui ont eu accès aux consultations d'appui à l'observance	25,00%	2012	Enquête vécue des PVVIH	Trimestriel	Oui	38,00%	51,00%	64,00%	77,00%	90,00%	Enquête vécue des PVVIH	
2.3.2	Produit	Pourcentage des patients qui ont eu accès à une charge virale dans l'année	24,00%	2013	Enquête vécue des PVVIH	Trimestriel	Oui	33,20%	42,40%	51,60%	60,80%	70,00%	PNPCSP	
2.3.3	Produit	Pourcentage des patients qui ont bénéficié d'un appui nutritionnel	ND	NA	NA	Annuel	Non	40,00%	55,00%	70,00%	85,00%	100,00%	PNPCSP	
2.4	Effet	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	19,60%	2012	UNGASS 2013	Annuel	Non	23,20%	27,40%	31,60%	35,80%	40,00%	MSHP	
2.4.1	Produit	Nombre et pourcentage de patients suivis pour le VIH qui ont été référés pour un traitement tuberculeux	ND	NA	NA	Trimestriel	Non	40,00%	52,00%	64,00%	88,00%	100,00%	MSHP	
2.4.2	Produit	Nombre et pourcentage de patients tuberculeux testés pour le VIH	70,05%	2012	PNLAT	Trimestriel	Non	76,00%	82,00%	88,00%	94,00%	100,00%	MSHP	
3	Impact	Pourcentage des PVVIH ayant été victimes de stigmatisation et discrimination au cours des 3 derniers mois	ND	NA	NA	Biannuel	Non	20,00%		11,00%		2,00%	Enquête Index stigma	
3.1	Effet	Pourcentage de PVVIH bénéficiant d'un accompagnement sanitaire et social au cours de l'année	ND	NA	NA	Annuel	Non	10,00%		20,00%		25,00%	Enquête spécifique	
3.1.1	Produit	L'observatoire des droits des PVVIH et son dispositif opérationnel sont fonctionnels	ND	NA	NA	Annuel	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Réseaux/ONG	
3.1.2	Produit	Nombre de magistrats formés sur les questions de	ND	NA	NA	Annuel	Non		100	500	400		MJGSC	

		droits humains et genre liés au VIH												
3.1.3	Produit	Pourcentage des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont déclaré avoir une attitude acceptable envers les PVVIH	30,40%	2012	ESCOMB	Biennal			35,40%		40,40%		Index Stigma/ESCO MB	La donnée de base nationale pour la population générale n'est pas disponible. Cependant, ESCOMB 2012 réalisé auprès de 9 groupes cibles montre que 30,4% des patients tuberculeux avaient un comportement d'acceptation vis à vis des PVVIH. Cette population ayant des caractéristiques proches de celles de la population générale, la proportion de 30,4% a été utilisée comme baseline
3.1.4	Produit	Taux de scolarisation des enfants de 10-14 ans dont les deux parents sont en vie, et qui vivent avec au moins un parent	57,10%	2005	EDS 2005	Biennal	Non		60,00%		80,00%		Enquête spécifique OEV/EDS	
3.1.5	Produit	Taux de scolarisation des enfants de 10-14 ans dont les deux parents sont décédés	41,80%	2005	EDS 2005	Biennal	Non		60,00%		75,00%		Enquête spécifique OEV/EDS	
3.2	Effet	Pourcentage de professionnel (les) de sexe bénéficiant d'un accompagnement sanitaire et social au cours de l'année	ND	NA	NA	Biennal	Non		50,00%		70,00%		Enquête spécifique	
3.2.1	Produit	Pourcentage professionnel (les) de sexe qui savent comment avoir accès à un accompagnement juridique pour faire face aux discriminations	ND	NA	NA	Biennal	Non		70,00%		90,00%		Enquête vécu des PVVIH	
3.2.2	Produit	Pourcentage d'organisations confessionnelles ayant inclus un enseignement formel relatif à l'accompagnement spirituel des PVVIH dans les	ND	NA	NA	Annuel		50,00%	63,00%	75,00%	88,00%	100,00%	Secrétariat général affaires religieuses	

		programmes de prêche												
3.2.3	Produit	Nombre de groupements de Professionnel (les) de sexe ayant bénéficié de soutien pour la réalisation d'activités génératrices de revenus (AGR)	ND	NA	NA	Annuel	Non		24	24	24	24	Réseaux/ONG	2 AGR par région administrative 2 AGR par commune de Ckry
3.2.4	Produit	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	36,50%	2012	UNGASS 2013	Biennal			15,00%			10,00%	Enquête spécifique/EDS	
4	Impact	Le pays dispose d'un plan d'action unique pour la lutte contre le VIH et d'un Plan de Suivi Evaluation unique	ND	NA	NA	Annuel	Non		Oui	Oui	Oui	Oui	Etude CHAT	
4.1	Effet	Pourcentage de réalisation des activités prévues dans le plan d'action annuel du SE/CNLS	ND	NA	NA	Annuel	Non	75,00%	90,00%	90,00%	100,00%	100,00%	SE/CNLS (Données administratives)	
4.1.1	Produit	Nombre de CMLS (38), CRLS (8) et CPLS (33) opérationnels	15	2012	SE/CNLS	Annuel	Oui	42	46	56	66	79	SE/CNLS (Données administratives)	Les 15 pour la donnée de base représentent le nombre de comités ministériels qui ont fourni un rapport des activités de lutte contre les IST/VIH/sida en 2011
4.1.2	Produit	L'assemblée générale annuelle du CCM est tenue	Oui	2012	CCM-Guinée	Annuel	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Secrétariat permanent du CCM	
4.1.3	Produit	L'assemblée générale annuelle du CNLS est tenue	Oui	2012	SE/CNLS	Annuel	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	SE/CNLS	
4.2	Effet	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement	Oui	2012	SE/CNLS	Annuel	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	REDES	

4.2.1	Produit	Pourcentage de partenaires/acteurs ayant fourni les données liées aux dépenses consacrées à la riposte au VIH/sida	51,22%	2012	SE/CNLS	Annuel	Non	90,00%	95,00%	100,00 %	100,00 %	100,00%	REDES	
4.2.2	Produit	Nombre de tables rondes organisées pour mobiliser des ressources	ND	NA	NA	Annuel	Non	1	1	1	1	1	SE/CNLS	
4.2.3	Produit	Nombre de rencontres avec des parlementaires organisées	ND	NA	NA	Annuel	Non	4	4	2	2	2	SE/CNLS	
4.3	Effet	Proportion de structures d'exécution ayant bénéficié d'activités de gestion de risques financiers	ND	NA	NA	Annuel	Oui	60,00%	70,00%	80,00%	90,00%	100,00%	SE/CNLS	
4.3.1	Produit	Nombre de supervisions financières et comptables réalisées	ND	NA	NA	Semestriel	Non	2	2	2	2	2	SE/CNLS	
4.3.2	Produit	Nombre d'audit financiers réalisés	ND	NA	NA	Annuel	Non	1	1	1	1	1	SE/CNLS	
4.3.3	Produit	Nombre de réunions de la cellule de suivi des produits VIH dans l'année pour analyser les risques de rupture de stocks avec des outils adaptés (score d'alerte)	ND	NA	NA	Annuel	Non	7	12	12	12	12	SE/CNLS	
5	Impact	Pourcentage de PVVIH suivis et qui ont déjà reçu un appui d'une organisation de la société civile	ND	NA	NA	Biennal	Non	70,50%	72,50%	75,00%	77,50%	80,00%	Enquête spécifique	
5.1	Effet	Pourcentage du budget national de la lutte contre le VIH mis en œuvre par les organisations de la société civile	ND	NA	NA	Annuel	Non	25,00%	30,00%	35,00%	40,00%	45,00%	REDES	
5.1.1	Produit	Nombre des responsables de tous les réseaux / associations /ONG de PVVIH et populations clés formés à la gestion de Projet	ND	NA	NA	Trimestriel	Non	100	200	200			Réseaux/ONG	

5.1.2	Produit	Nombre de plate-forme de concertation, gouvernance et du partenariat des organisations de la société civile	ND	NA	NA	Annuel	Non		1	1	1	1	Réseaux/ONG
5.1.3	Produit	Pourcentage des personnels des organisations de la société civile qui ont un profil de poste écrit	ND	NA	NA	Annuel	Non		80,00%	87,00%	93,00%	100,00%	Réseaux/ONG
5.2	Effet	Proportion des organisations de la société civile impliquées dans la lutte contre le VIH	ND	NA	NA	Annuel	Non		60,00%	67,00%	73,00%	80,00%	SE/CNLS (Données administratives)
5.2.1	Produit	Document de normes sur les activités et les services communautaires	ND	NA	NA	Annuel	Non		Oui	Oui	Oui	Oui	MATD
5.2.2	Produit	Nombre de personnels des organisations de la société civile y compris les PVVIH et les populations clés ayant bénéficié d'une formation sur les normes des activités et des services communautaires	ND	NA	NA	Annuel	Non		220	320	220		MATD
5.2.3	Produit	Pourcentage de formations sanitaires privées qui font la prise en charge des IO, y compris TB	ND	NA	NA	Annuel	Non		10,00%	15,00%	20,00%	30,00%	Données administratives
5.2.4	Produit	Pourcentage des ONG/associations de lutte contre les IST/VIH impliquées dans la PEC communautaire	ND	NA	NA	Annuel	Non		50,00%	70,00%	85,00%	100,00%	Réseaux/ONG
5.2.5	Produit	Pourcentage des PVVIH suivis qui adhèrent à une association de PVVIH	ND	NA	NA	Biennal	Non		50,00%	60,00%	70,00%	80,00%	Enquête spécifique
6	Impact	L'ensemble des indicateurs UNGASS applicables au pays sont renseignés annuellement avec des données nationales mises à jour	62%	2013	UNGASS 2013	Annuel	Oui		72,41%	100,00%	100,00%	100,00%	Rapport UNGASS/GARPR
6.1	Effet	Pourcentage de plans d'actions opérationnels décentralisés de suivi évaluation financés	ND	NA	NA	Annuel	Non	50,00%	75,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Rapport SE/CNLS

6.1.1	Produit	Nombre de réunions tenues par les membres du CMTSE	2	2012	SE/CNLS	Trimestriel	Non	4	4	4	4	4	SE/CNLS	
6.1.2	Produit	Nombre de supervisions réalisées en suivi et évaluation	2	2012	SE/CNLS	Trimestriel	Non	4	4	4	4	4	SE/CNLS	
6.2	Effet	Pourcentage de structures de suivi évaluation ayant produit des rapports de progrès de qualité dans les délais requis	ND	NA	SE/CNLS	Trimestriel	Non	70,00%	78,00%	85,00%	95,00%	95,00%	MSHP	
6.2.1	Produit	Pourcentage des sites de prise en charge qui ont reçu leur nouveau registre de prise en charge avant le 1er décembre 201...	60,00%	2012	MSHP	Annuel	Non	60,00%	80,00%	100,00%	100,00%	100,00%	MSHP	
6.2.2	Produit	Pourcentage de rapports transmis dans les délais de transmission requis	40,00%	2012	MSHP	Annuel	Oui	40,00%	45,00%	50,00%	60,00%	75,00%	SE/CNLS	
6.2.3	Produit	La dernière ENSS date de moins d'un an, la dernière ESCOMB date de moins de deux ans et la dernière EDS de moins de cinq ans	Oui	2012	SE/CNLS	Annuel	Non		Oui		Oui	Oui	Enquête	
6.2.4	Produit	Pourcentage d'indicateur de la matrice des indicateurs renseignés au cours de l'année	ND	NA	NA	Annuel	Non	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Rapport annuel de la riposte	

Annexe 2 : Budget par résultat d'impact

Budget par Résultat d'impact	2013		2014		2015		2016		2017		Total sur 5 ans	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Résultat impact 1 : D'ici 2017 les nouvelles Infections sont réduites de 50%	24 798 995	46%	51 422 244	51%	46 022 554	43%	30 545 207	32%	26 653 196	26%	179 442 196	39%
Résultat impact 2 : Dans le cadre de l'accès universel, la mortalité et la morbidité des PVVIH sont réduites d'au moins 50% d'ici 2017	25 203 162	46%	41 568 986	41%	52 980 147	49%	58 254 669	61%	69 441 794	69%	247 448 757	53%
Résultat impact 3 : La protection des droits humains des PVVIH et des populations clés est assurée d'ici 2017	57 730	0%	741 003	1%	1 863 267	2%	1 797 313	2%	247 981	0%	4 707 295	1%
Résultat impact 4 : D'ici 2017, la gouvernance, la coordination de la riposte nationale au sida est efficace et efficiente à tous les niveaux	2 681 013	5%	4 965 627	5%	3 656 642	3%	2 670 905	3%	2 597 687	3%	16 571 874	3%
Résultat impact 5 : D'ici 2017, la participation à la gouvernance de la réponse nationale, les organisations de la société civil (réseaux ,associations /ONG ,des PVVIH et les populations clés est effective à tous les niveaux	346 892	1%	910 149	1%	901 127	1%	226 715	0%	75 000	0%	2 459 883	0,5%
Résultat impact 6 : Au cours de la période 2013-2017, l'information stratégique de qualité est disponible et utilisée par les acteurs pour la riposte nationale au sida Intégré à l'axe coordination	1 215 337	2%	1 968 692	2%	2 101 390	2%	2 195 778	2%	1 841 933	2%	9 323 130	2%
Total en USD	54 303 129	100%	101 576 702	100%	107 525 126	100%	95 690 586	100%	100 857 592	100%	459 953 135	100%
Total en GNF (milliers)	352 970 338		660 248 564		698 913 317		621 988 812		655 574 345		2 989 695 376	

Annexe 3 : Budget par catégories

Résumé du budget (USD) par catégorie de coût	2013		2014		2015		2016		2017		Total sur 5 ans	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Ressources humaines	229 873	0%	439 067	0%	598 547	1%	598 547	1%	542 507	1%	2 408 542	0,52%
Assistance technique et de Gestion	359 138	1%	1 223 979	1%	384 128	0%	257 800	0%	318 603	0%	2 543 648	0,55%
Formation	4 450 624	8%	7 780 485	8%	8 368 414	8%	5 615 383	6%	3 308 639	3%	29 523 545	6,42%
Produits et équipements médicaux	18 245 245	34%	41 722 089	41%	36 402 167	34%	25 177 547	26%	25 173 727	25%	146 720 775	31,90%
Produits pharmaceutiques (Médicaments)	13 675 257	25%	18 679 218	18%	26 517 758	25%	35 187 008	37%	44 549 662	44%	138 608 903	30,14%
Coûts de gestion des achats et des stocks (GAS)	7 354 579	14%	8 807 746	9%	10 966 889	10%	13 665 196	14%	16 187 298	16%	56 981 708	12,39%
Infrastructure et autres équipements	3 659 670	7%	11 386 207	11%	11 925 349	11%	3 613 179	4%	0	0%	30 584 404	6,65%
Matériel de communication	793 382	1%	2 463 637	2%	2 448 012	2%	2 161 789	2%	1 918 235	2%	9 785 055	2,13%
Suivi et évaluation (S&E)	816 127	2%	1 162 799	1%	1 488 910	1%	1 553 124	2%	1 160 447	1%	6 181 408	1,34%
Soutien humain aux patients/populations cibles	1 226 834	2%	2 018 502	2%	2 000 050	2%	2 229 086	2%	2 455 709	2%	9 930 181	2,16%
Planification et administration	3 451 805	6%	4 643 989	5%	4 903 729	5%	5 003 379	5%	5 190 214	5%	23 193 116	5,04%
Frais fixes	40 595	0%	1 228 985	1%	883 576	1%	624 478	1%	48 478	0%	2 826 113	0,61%
Autres	0	0%	20 000	0%	637 596	1%	4 071	0%	4 071	0%	665 739	0,14%
Total en USD	54 303 129	100%	101 576 702	100%	107 525 126	100%	95 690 586	100%	100 857 592	100%	459 953 135	100,00%
Total en GNF (milliers)	352 970 338		660 248 564		698 913 317		621 988 812		655 574 345		2 989 695 376	

Annexe 4 : Bibliographie

ARTICLE DE PRESSE

- + Annuaire statistique du MEPU-EC, 2013
- + Déclaration Politique sur le VIH/sida « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida »
- + DNEHS de Soins 2010, 2011
- + Dispositif « Santé positive, dignité et prévention »
- + Revue The Lancet (article de Schwartländer et al)

ETUDES

- + EDSG IV+MICS- 2012
- + EDS IV+, 2012
- + EDS III+ 2005
- + ESCOMB 2012 (Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique)
- + Etude sur l'autonomisation économique de la femme, MASPFE, 2009.
- + ESIDAGUI, 2011
- + ENSS, 2008
- + Etat des lieux, enjeux et perspectives dans le contexte des engagements internationaux (15 x 15, Accès Universel et OMD) Dr Jean-Baptiste GUIARD-SCHMID Dr Kémal CHERABI ONUSIDA janvier 2013
- + ENQUETE UDSEN Sénégal (par Dr Annie Leprêtre, Dr Idrissa Ba, Dr Maryvonne Maynard, Dr Karine Lacombe-10/06/2012)
- + Highly Active HIV Prévention ou Prévention hautement active du VIH adapté du modèle de K Holmes (HAHP) et C. Celum
- + MoT 2013 Grégoire Lurton ONG Solthis
- + Rapport Mondial sur le Développement Humain/PNUD 2009
- + Rapport SNIS du BSD 2007 – 2011
- + Rapport annuel PNPCSP, 2011, 2012
- + Rapport UNGASS 2012/
- + REDES, analyse de la situation de la co-infection VIH/TB)

PROCEDURES ET REGLEMENTATION

- + Manuel de Supervision
- + Manuel de procédures administratives, financières et comptables du SE/CNLS
- + Ordonnance n° 056/2009/PRG/SGG du 29/10/2009 portant amendement de la Loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en République de Guinée

RECOMMANDATIONS

- + Recommandations internationales OMS/ONUSIDA/UNICEF/FNUAP en matière de prise en charge
- + Recommandations nationales en matière de prise en charge

STRATEGIES

- + Cadre d'Accélération des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)
- + Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH 2008-2012
- + Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH 2013 - 2017
- + Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)
- + Plan National de Mobilisation de Ressources