

ANALYSE DU PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET DE LA REPONSE PROGRAMMATIQUE DU VIH EN GUINEE

RAPPORT SEPTEMBRE 2017

Serge C. BILLONG

Expert - DAT-ONUSIDA



Table des matières

1.- Introduction	4
1.1- Contexte et justification de l'analyse	4
1.2- Les Résultats attendus	4
1.3- Cadre conceptuel et limites de l'analyse	5
2.- Objectifs de l'analyse	6
3.- Méthodologie	7
4.- Analyse de la dynamique de l'épidémie	8
5.- Analyse des déterminants programmatiques de la dynamique du VIH en Guinée	21
5.1- Introduction	21
5.2- Cascades de prévention et des soins VIH en Guinée	22
5.3- Prévention, promotion du dépistage dans la population générale	23
5.3.1- Le Conseil Dépistage Volontaire du VIH	23
5.3.2. Analyse du dispositif de dépistage	24
5.4- Prévention, promotion du dépistage parmi les populations les plus exposées au risque	25
5.4.1- Populations clés	26

NOTE INTRODUCTIVE

Cette étude a été commanditée par le SE-HCNLS de Guinée, dans le cadre de la fin de la mise en œuvre de la Note Conceptuelle du pays, financement de la lutte contre le VIH de la période 2015-2017.

L'étude est conduite par une consultation externe, mais sa réalisation a été participative ; impliquant toutes les parties prenantes du niveau stratégique de la lutte contre le sida en Guinée. Toutes les personnes impliquées dans le projet de rédaction de la Demande de Financement ont également été impliquées directement ou indirectement au cours des réunions ou par interviews.

Les acteurs de la mise en œuvre des principaux projets ont également été approchés et leur opinion recueillie.

REMERCIEMENTS

Sont remerciés, l'ensemble des personnes qui ont contribué à ce travail en fournissant des informations sur l'épidémiologie et la réponse à l'épidémie de VIH en Guinée, qu'elles soient issues des institutions en charge de cette lutte (SE-HCNLS, PNLIS, Ministère de la Santé et autres ministères concernés), des institutions de recherche et d'enseignement, des organisations de la société civile et organisations non gouvernementales guinéennes ou internationales, des organisations du système des Nations Unies, des organisations de coopération multilatérale ou bilatérale, ou encore des structures privées, etc.

Des remerciements particuliers sont adressés au Dr Abbas Diakité pour son accompagnement administratif et son implication personnelle dans la revue finale du document.

1.- Introduction

1.1- Contexte et justification de l'analyse

En 2015, suite à la soumission et l'approbation d'une Note Conceptuelle (NC) conjointe **VIH/TB** la Guinée a bénéficié des subventions du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FM) afin de lutter contre le sida pour la période 2016-2017^[1]. La mise en œuvre de ce projet s'achève en décembre 2017.

Faisant suite à l'annonce par le FM d'une nouvelle allocation pour la Guinée pour les trois prochaines années, l'instance de coordination nationale des subventions du FM (CCM) a engagé le processus l'élaboration d'une Demande de financement pour la période 2018-2020. Suivant les principes du FM, cette soumission a été classée dans le registre d'une « Reconduction ». L'une des étapes préparatoires à cette nouvelle requête est l'analyse critique de la subvention en cours afin de justifier la continuité de la subvention actuelle. La note conceptuelle 2015-2017 soumise par la Guinée au FM présente déjà une analyse rigoureuse de la dynamique de l'épidémie du VIH en Guinée ainsi que de la réponse du pays jusqu'en 2014. Cette subvention obtenue suite à cette NC, n'a eu que 20 mois de mise en œuvre et l'accord entre le pays et les partenaires techniques et financiers est de la poursuivre pour l'atteinte des impacts envisagés.

Une revue interne de la riposte nationale contre le VIH a été réalisée par le secrétariat exécutif du haut conseil national de lutte contre le sida (SE-HCNLS). Cette revue a couvert tous les aspects de la lutte. La présente analyse a pour prétention d'apporter des éléments additionnels permettant de renforcer la justification ou la pertinence de la reconduction des buts, des objectifs stratégiques et des interventions-clés à poursuivre jusqu'en 2020 et les réorientations possibles.

1.2- Les Résultats attendus

Les résultats attendus étaient essentiellement les tendances épidémiologiques du VIH et son évolution dans le pays (y compris les variations géographiques) et les déterminants de ces tendances épidémiologiques du VIH ; d'autre part l'identification des cibles prioritaires.

1.3- Cadre conceptuel et limites de l'analyse

Suivant les normes de l'ONUSIDA et suivant les estimations réalisées par la méthodologie EPP-SPECTRUM, à partir des années 1993-1994, l'épidémie du VIH en Guinée est considérée comme généralisée. La figure suivante (Fig. 1), extraite du logiciel EPP-SPECTRUM, indique que le pic de prévalence du VIH a été atteint au début des années 2004. Depuis, la tendance est à la stabilisation. Une très légère baisse semble s'observer depuis 2013, l'Enquête Démographiques de Santé (EDS) en cours pourra probablement la confirmer.

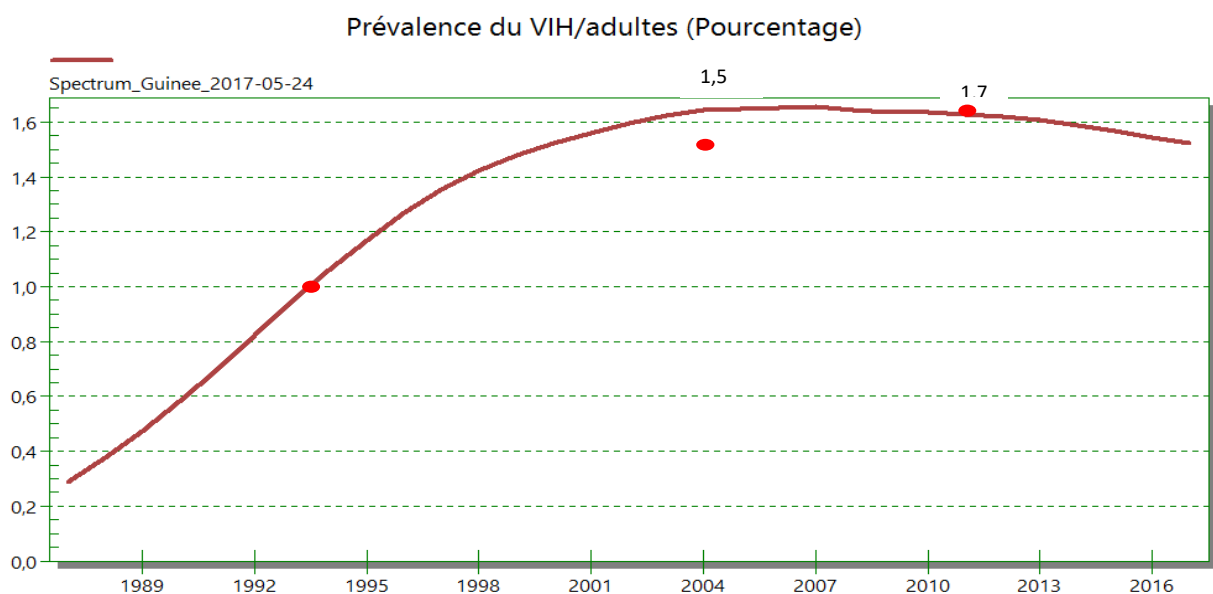


Fig. 1 Tendance de la prévalence du VIH en Guinée depuis le début de l'épidémie

La présente analyse de la situation épidémiologique du VIH en Guinée et de la réponse programmatique a pour but d'aider à l'allocation efficace et efficiente des ressources dans la lutte contre le sida dans le pays. Ainsi que le décrivent Mishra et al, une allocation des ressources maximisant le bénéfice des interventions doit prendre en compte les différences entre pays et adapter l'action aux situations locales [3]. Ainsi, il ne s'agissait pas uniquement d'évaluer globalement l'état de l'épidémie du VIH au niveau national, mais aussi de comprendre les dynamiques de transmission du VIH sur le territoire guinéen. La présente analyse propose donc d'une part d'identifier les groupes et les zones géographiques où la prévalence du VIH est la plus élevée ou en croissance mais aussi, de déterminer le mieux possible ceux qui sont les plus vulnérables à l'infection et qui participent le plus activement à la transmission de

l'infection. Des cibles et stratégies d'intervention plus efficaces pourront ainsi être définies.

D'emblée, il convient de souligner que malgré la revue des rapports nationaux et des articles scientifiques, il n'a pas toujours été possible de trouver les informations nécessaires à la définition des caractéristiques et des comportements de chaque population. Souvent, les intervalles de confiance n'étaient pas indiqués dans les rapports nationaux et la méthode de récolte des données n'était pas toujours précisée.

Malgré cette limitation, l'analyse a eu pour vocation à déterminer au mieux la direction de l'épidémie du VIH en Guinée, afin de contribuer à son ralentissement ou son interruption ; elle a tenté de dégager un certain nombre de traits saillants de l'épidémie en combinant parfois les sources d'informations nationales de routine et articles scientifiques. Dans le cas où le manque de documentation a paru trop important pour formuler des hypothèses, des réserves ont été émises dans l'analyse et il a été indiqué qu'il s'agissait d'une limite. Lorsque le manque de documentation a paru trop handicapant, il a été simplement conclu à la nécessité de mener des recherches pour combler ces lacunes.

2.- Objectifs de l'analyse

L'objectif général de cette étude était de contribuer à l'analyse épidémiologique et programmatique du programme VIH afin d'approfondir la connaissance du profil épidémiologique à la fin du cycle du cadre stratégique national [2] en cours et de la mise en œuvre du projet Note Conceptuelle au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme de la période 2014-2017. Ceci afin de justifier la continuité éventuelle des objectifs des interventions et des cibles ou alors les réorienter dans les nouveaux cycles de planification stratégique ou de financements. Plus spécifiquement les questions auxquelles tente de répondre le présent rapport sont les suivantes :

- Quelles sont les tendances épidémiologiques du VIH dans la population générale, les groupes clés et les groupes passerelles et son évolution dans le pays (y compris les variations géographiques)
- Quels sont les déterminants de ces tendances épidémiologiques du VIH en Guinée

- Quels sont les cibles nationales pertinentes à adresser au cours des 05 prochaines années et le bien fondé de poursuivre ou modifier celles actuelles ?

Notamment dans les volets suivants : (i)Prévention, (ii)Prévention et traitement parmi les Populations clés et vulnérables, (iii)Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH, (iv) Soins et traitement adultes, enfants, et de la coinfection TB/VIH.

3.- Méthodologie

La méthodologie utilisée a été une revue et analyse sur la base documentaire et l'opinion des informateurs clés ; acteurs de mise en œuvre aux niveaux stratégique et opérationnel.

La recherche bibliographique a été réalisée au niveau des acteurs de mise en œuvre et à partir des banques de données PubMed, Web of Science, Global Health, FHI360, google et google scholar. Les critères de recherches ont été les suivants : ("HIV " or "AIDS") and "Guinée" and ("prevalence" or "seroprevalence" or "epidemiology" or "incidence"). Les critères suivants ont aussi été utilisés ("sexwork" or "prostitute" or "condom" or "homosexuality" or "MSM" ; démographie). Les études de tout type de design ont été incluses à partir du moment où la population étudiée était constituée de guinéens(e) et où elles comportaient des résultats de prévalence, d'incidence du VIH ou des informations quantitatives sur les principaux facteurs de risque ou comportementaux associés au VIH. Ensuite, pour compléter l'information sur des populations telles que les adolescents, les travailleuses du sexe (TS) ou les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), nous avons étendu la période de recherche et diversifié les moteurs utilisés (utilisation complémentaire de Google Scholar et Google). Cette analyse a tenté d'incorporer un diagnostic de terrain en utilisant les ressources documentaires fournies par les autorités et associations locales, qui ont représenté une précieuse source de documentation pour l'analyse. Notons que les principaux informateurs ont été le SE-Conseil National de Lutte contre le Sida (SE-CNLS), le programme national de lutte contre le sida du Ministère de la santé et l'organisation non gouvernementale PSI-Guinée. Par ailleurs, les rapports des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), et les bases de données de l'ONUSIDA ont également constitué des ressources documentaires essentielles. Les méthodes de triangulation des données ont permis d'exploiter ces documents pour synthétiser le profil épidémiologique de la Guinée. L'opinion des informateurs clés a été recueillie

par deux sessions de restitutions. L'une dans le cadre d'un atelier organisé à Conakry par l'ONG PSI et dans le cadre d'une séance de travail organisée par le SE-CNLS. Des contributions individuelles des experts rencontrés ont aussi été capitalisées.

4.- Analyse de la dynamique de l'épidémie

Depuis les premiers cas de VIH identifiés en 1987 en Guinée, 03 enquêtes d'envergure nationales ont pu être réalisées pour étudier la distribution du VIH en population générale et/ou ses déterminants. La dernière enquête d'envergure nationale est donc âgée de 6 ans en 2011 (une quatrième est en cours en ce moment), publiée en 2012. [4] Après cette date seuls les résultats programmatiques et les enquêtes de surveillance dans des groupes spécifiques peuvent permettre d'apprécier la trajectoire de l'épidémie du VIH en Guinée.

Il est important dans le cas du VIH de prendre en compte deux facteurs principaux pour expliquer le changement dans la prévalence : l'incidence de l'infection par le VIH et la mortalité spécifique liée à l'infection par le VIH. La prévalence du VIH est en effet déterminée par l'apparition de nouvelles infections (incidence) et la perte d'infections anciennes (mortalité). L'analyse suivante est donc essentiellement basée sur ces deux paramètres.

4.1 - Evolution de la prévalence du VIH selon le sexe et l'âge dans la population générale

4.1.1- Analyse suivant les données EDS entre 2005 et 2012

Constats et analyses : L'EDS 1999 [5] n'a pas investigué la prévalence du VIH. Selon les données des EDS 2005 et 2012 on peut observer que dans la population générale, la prévalence est passée de : 1,5% en 2005 [6] à 1,7% en 2012. Globalement suivant les intervalles de confiance de la méthodologie utilisée, on observe une stabilité. En effet la prévalence mesurée en 2012 se trouve dans l'intervalle de confiance de celle de 2005. Cette stabilité n'est plus vérifiée quand on discrétise cette prévalence suivant le genre. L'amplitude de cette augmentation est très différente chez les hommes et les femmes. En effet malgré le caractère de l'épidémie qui en 2012 restait féminin avec environ 58 % des femmes qui continuaient à porter le poids de l'épidémie ; au cours de cette période la prévalence a augmenté de 1,9 à 2,1 % chez les femmes et de 0,9 % à 1,2 % EDS 2012 Page.292 chez les hommes. Donc l'évolution de l'infection est plus rapide chez les hommes. Quel que soit l'âge jusqu'à une certaine période,

l'épidémie reste essentiellement féminine. Cette tendance féminine de l'épidémie constatée a un pic de 3,4 % à 30-34 ans où l'on a le ratio d'infection entre les femmes et les hommes le plus élevé. Par contre entre 40 et 44 ans, on observe une inversion de la tendance avec une prévalence plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Après l'âge de 40 ans les hommes sont plus infectés. Les enquêtes EDS de 2005 et de 2012 révèlent que l'âge de 40 ans est critique pour les femmes. En effet si en 2005 à cet âge ce début de tendance masculine de l'épidémie du VIH s'accompagne d'une augmentation rapide de la prévalence chez les hommes, ce n'est pas le cas en 2012. Logiquement la prévalence augmente progressivement suivant le temps d'exposition. Dans les deux enquêtes la baisse de cette prévalence féminine est très brutale vers 40-44 ans dans un contexte où la survie globale est stable (EDS 2012 Page.293) bien qu'en deçà du seuil considéré acceptable par l'OMS. Cette baisse brutale de la prévalence signale une surmortalité probable que les données de routine ne laissent pas apparaître.

Par ailleurs, dans certaines Régions (Mamou, Labe, Kankan) l'épidémie est masculine. Notons que 6 ans plus tôt la prévalence à Mamou était nulle pour les hommes et 1,1% pour les femmes ; en 2012 elle est passée à 2,2 chez les hommes contre 1,5 chez les femmes. Les taux de prévalence sont toutefois particulièrement élevés chez les femmes vivant à Conakry (3,5 %) et à N'Zérékoré (2,5 %).

Conclusion 1 : La conclusion de cette analyse Genre est celle d'une alerte à une probable surmortalité féminine spécifique autour de l'âge de 40-45 ans et une tendance masculine de l'épidémie dans certaines régions, bien que globalement à **l'échelle nationale l'épidémie reste féminine.**

Analyse de la dynamique de l'épidémie suivant les tranches d'âge

La littérature grise ne relève aucune enquête d'incidence ou de mortalité des PvVIH en population générale. Généralement, la mortalité est plus élevée lors de la période initiale de l'épidémie à VIH, progressivement, mortalité et incidence s'équilibrent. Tel ne semble pas être le cas pour l'épidémie du VIH en Guinée qui a 30 ans d'âge et de riposte programmatique mais dont l'incidence augmente toujours alors que la mortalité globale semble maîtrisée mais à une amplitude basse (fig.2). Une baisse de l'incidence associée à une importante surmortalité des personnes infectées résulte souvent logiquement en une diminution de la prévalence. Inversement, si la mortalité diminue, alors la prévalence peut rester relativement stable voire augmenter [7]. Prise

globalement, la prévalence renseigne donc de manière très relative sur la trajectoire du VIH. En absence d'enquête d'incidence et de mortalité des PvVIH, afin de mieux comprendre la progression du VIH en population générale, il semble pertinent d'affiner l'analyse de la dynamique de l'épidémie par le suivi de la prévalence par tranche populationnelle. Du début de l'épidémie à 2012, ce suivi peut s'effectuer sur les bases de données EDS, et après cette date sur la base des données programmiques de mortalité ou de morbidité.

La tranche populationnelle de 15 -20 ans (en dehors des infections pédiatriques) est celle où on peut raisonnablement considérer que la présence du VIH serait une nouvelle infection ou une infection récente. Cette tranche serait donc une sentinelle de l'incidence du VIH. L'observation des différents EDS montre que la prévalence a changé dans ce groupe dans le mauvais sens. Elle était de 08 % en 2005 et 0,9 % en 2012. La même analyse suivant le sexe montre une progression plus accentuée dans le même sens pour les femmes. Par exemple cette prévalence était chez les jeunes femmes de 1,1 % en 2005 et de 1,5 en 2012. Au cours de cette période la trajectoire de l'épidémie est donc dans le sens d'une progression des nouvelles infections.

En affinant encore plus l'analyse on observe que :

Sans qu'il s'agisse à proprement parler d'une cohorte, la population des 15-19 ans enquêtée en 2005 était sensiblement celle présentée par EDS 2012 entre 20 et 24 ans et plus tard ces adolescents sont ceux qui sont étudiés dans la tranche des 25 et 29 ans dans l'EDS en cours... L'évolution de la prévalence dans ce groupe des 15-19 ans au fil du temps confirme une augmentation d'environ 20% entre 2005 et 2012 ; attribuable très probablement à des nouvelles infections. Les autres tranches populationnelles suivies de la même façon montrent la même trajectoire négative du virus.

Conclusion 2 : Sous réserve des résultats de la nouvelle EDS ou d'une éventuelle étude populationnelle d'incidence l'analyse de la dynamique de l'épidémie suivant les tranches populationnelles révèle un échec des stratégies de prévention en général et notamment l'inefficacité probable des programmes de prévention en direction des adolescents et jeunes. Les itinéraires de prévention, l'offre de services de prévention, les méthodes et autres doivent être revues pour mieux comprendre les raisons de leur inefficacité, afin de les renforcer. En clair les stratégies de prévention devraient être réorientées pour plus d'efficacité.

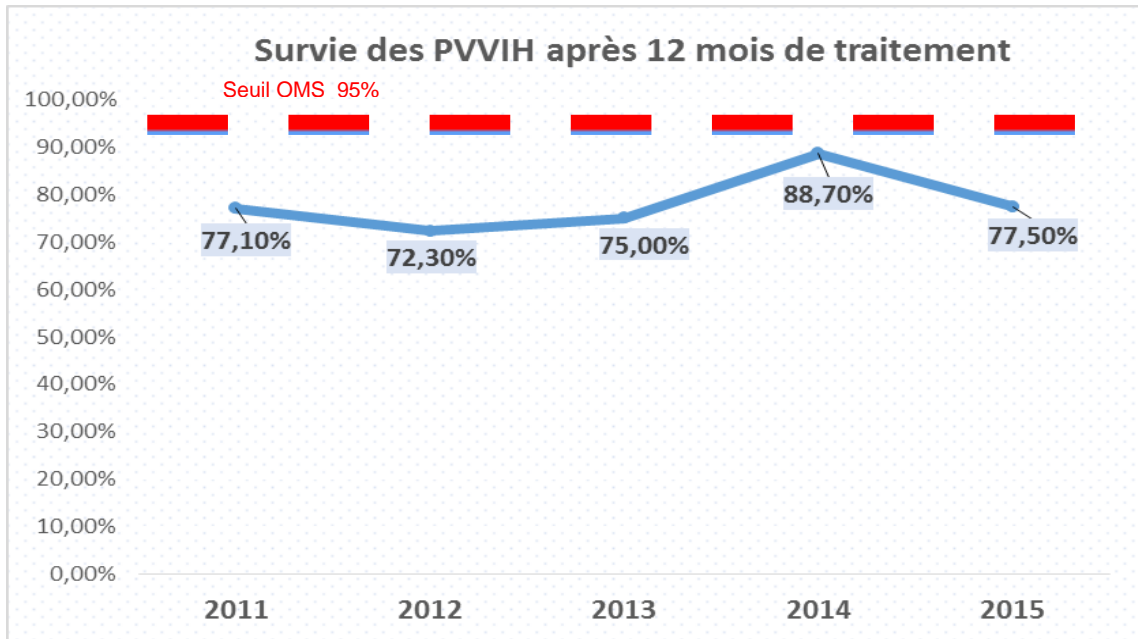


Fig.2 Survie à 12 mois des PVVIH

4.1.2- Analyse de la dynamique du VIH à la lumière de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes

Constats et analyses : Suivant, l'Enquête Nationale de Surveillance Sentinelle du VIH auprès des Femmes Enceintes dans les sites sentinelles (ENSS-2015- Guinée), les prévalences de l'infection par le VIH parmi les femmes vues en consultations prénatales (CPN) entre 2004 et 2015 confirment elles aussi cette progression déjà observée de l'épidémie. En effet sous réserve des intervalles de confiance qui ne sont pas disponible la prévalence est passé chez les femmes dans les sites sentinelles de 2,80 % à 3,56 % entre 2004 et 2015. [8]

Les estimations chez les femmes lors des surveillances sentinelles du VIH suggèrent une légère baisse de la prévalence chez les femmes enceintes entre 2004 (2,80 %) et 2008 (2,80 %) puis une augmentation importante entre 2008 et 2015. Elles sont toutefois à interpréter avec beaucoup de précaution en raison des limites non négligeables des enquêtes de surveillance sentinelles en CPN dues entre autres à la faible couverture en CPN dans certaines régions. De plus, les estimations de prévalence issues des données de CPN présentent parfois des biais dans la mesure où la population des femmes se présentant en CPN n'est en général pas représentative de l'ensemble de la population féminine. Il a également été rapporté que l'infection par le VIH affecte la fertilité et par conséquent, les femmes infectées pourraient être sous représentées [6]. S'il n'est pas possible de déterminer si l'estimation ponctuelle de la prévalence chez les femmes vues en CPN sur ou sous-

estime la tendance de la prévalence dans la population générale [9], on peut néanmoins penser que la dynamique dans le temps est un bon reflet de la dynamique de l'infection chez les femmes et même dans la population générale. La tendance observée ici est compatible avec l'interprétation d'une augmentation de l'incidence. Elle pourrait également s'expliquer par une baisse de mortalité liée à une éventuelle amélioration de l'accès aux ARV à partir de 2008, mais cette hypothèse est moins plausible car la couverture nationale en ARV est très basse et aucune donnée programmatique informant d'une bonne couverture en ARV sur spécifiquement la population féminine n'est disponible.

L'incidence en effet est déterminée par les facteurs comportementaux et peut diminuer grâce à des interventions de prévention efficaces. Par ailleurs la mortalité est fortement associée à l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV). Eux-mêmes pouvant contribuer à la baisse de l'incidence.

Conclusion 3 : La Croissance de la prévalence du VIH en surveillance sentinelle chez les femmes enceinte est une alerte importante de la progression du VIH non seulement chez les femmes mais aussi dans la population générale. Cette progression informe que sur le plan global les stratégies de prévention de l'incidence du VIH ne fonctionnent pas de manière optimale.

4.1.3- Estimation basée sur les marqueurs de l'incidence

Aucune étude utilisant les marqueurs biologiques n'a été identifiée.

4.1.4- Les données de cohorte

Aucune étude de suivi des cohortes n'a été identifiée.

4.2.- Dispersion et dynamique spatiale de l'épidémie en Guinée

Constats et analyses : Selon les données de EDS-MICS 2012, et suivant les normes de l'ONUSIDA la Guinée fait face à une épidémie de type généralisé avec une prévalence du VIH au sein de la population de 15-49 ans évaluée à 1,7% en 2012 (EDS-MICS 2012). La prévalence en 2012 dans la population générale présentait des disparités selon les régions administratives : Conakry :2,7%, Boké 1,6% , Kindia 1,0%, Mamou 1,7%, Labé 1,6%, Faranah 1,4%, Kankan 1,6% et Nzérékoré 1,7%, et le lieu de résidence (urbain : 2,7% et rural : 1,2%). L'enquête de 2005 n'a pas étudié la

dispersion régionale, de ce fait il n'est pas possible au cours de cette période de suivre l'évolution dans chacune des régions.

La distribution du nombre de PVVIH est également variable dans le pays. « Les prévalences régionales et les populations sous-nationales des PVVIH par préfectures Selon l'étude réalisée par l'ONUSIDA en 2014 sur la base de l'EDS-MICS 2012 (Fig. 3) sur la distribution de la densité de PPVIH dans le pays, les prévalences montrent une concentration de PvVIH au niveau des villes frontalières sur les principaux axes routiers au Sud et au Nord-Est. Les grandes villes du pays telles que Conakry, Nzérékoré, Labé (ainsi que ces préfectures proches), Mamou et Kankan regorgent un grand nombre de PVVIH comparées aux autres villes. Certaines sous-préfectures minières présentent une densité forte de PVVIH telles que Kamsar/Sangarédi dans Boké »,

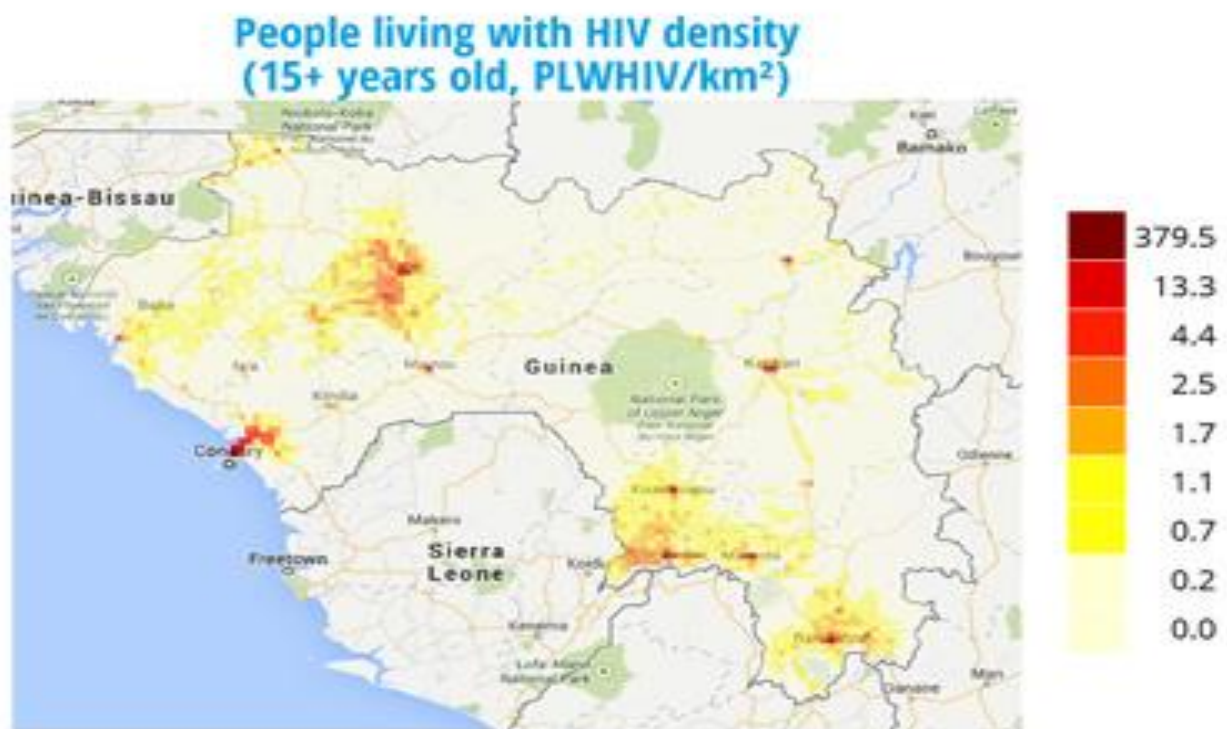


Figure 1: Distribution de la densité de PPVIH dans le pays (Source : ONUSIDA, 2014)

Conakry porte toujours le plus grand nombre de personnes dépistées mais la plus grande séropositivité se retrouve à N'zérékoré.

L'analyse de la séropositivité en 2017 dans les bases de données programmatiques suggère une attention toute particulière dans les régions de Faranah, N'zérékoré et Boké. En effet la distribution de la séropositivité les met en relief, contrairement aux prévalences observées en 2012 par EDS.

Dans tous les cas l'amplitude des prévalences observées montre clairement qu'il s'agit essentiellement d'un dépistage à visée diagnostique et non de prévention. Au cours du premier semestre 2017, la séropositivité est de 14 ;23% ; elle est en dépistage préventif de 6,3 % et à visée diagnostique de 19,7 %.

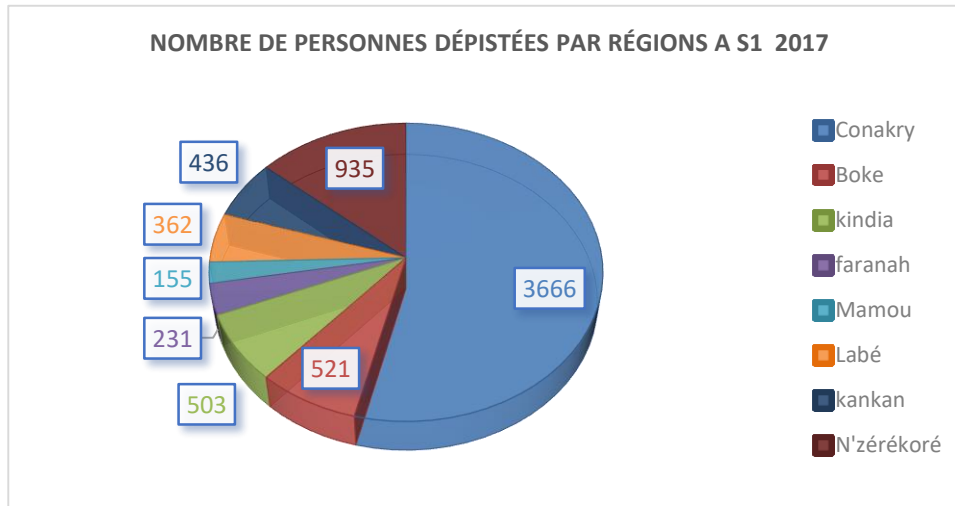


Figure 4 : Distribution des nouveaux PPVIH dans le pays en 2017

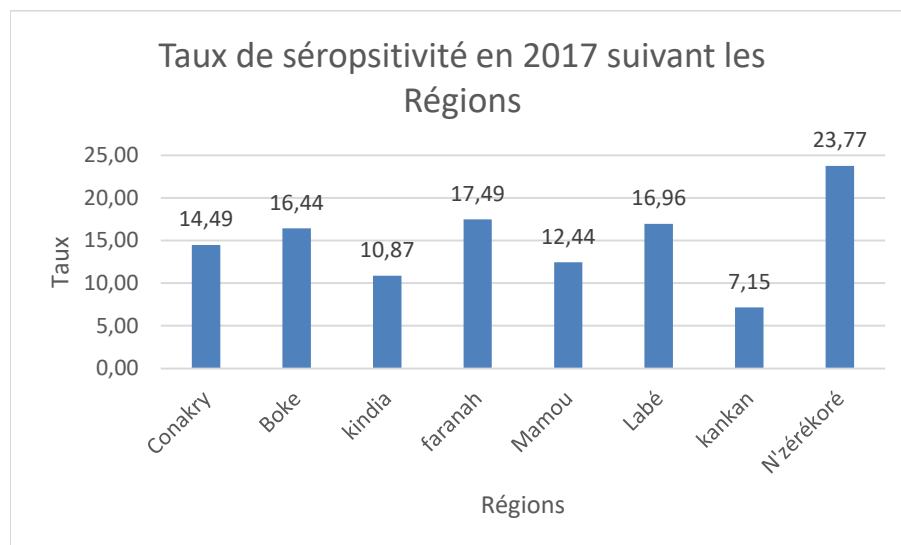


Figure 5 : Distribution régionale de la séropositivité VIH en 2017

Conclusion 4 : Le dépistage étant l'une des stratégies principales de prévention surtout quand elle est couplée à la distribution des préservatifs, ces résultats sont compatibles à la progression observée du VIH en population générale. Des stratégies innovantes de dépistage en population générale s'imposent, pour joindre efficacité et efficience. Selon les données programmatiques le dépistage à visée préventive représente seulement environ 40% de cette activité au profit du diagnostic.

4.3.- Distribution et évolution du VIH chez les enfants et les mères

Constats et analyses : Selon les estimations par EPP-SPECTRUM, les nouvelles infections chez les enfants sont en forte progression depuis 2014, même si les projections évoquent une stabilisation dans les cinq prochaines années si les mesures envisagées sont effectivement mises en œuvre. Le Taux de transmission mère-enfant à 6 semaines est aussi très élevé et les projections jusqu'en 2021 ne laissent pas entrevoir une baisse.

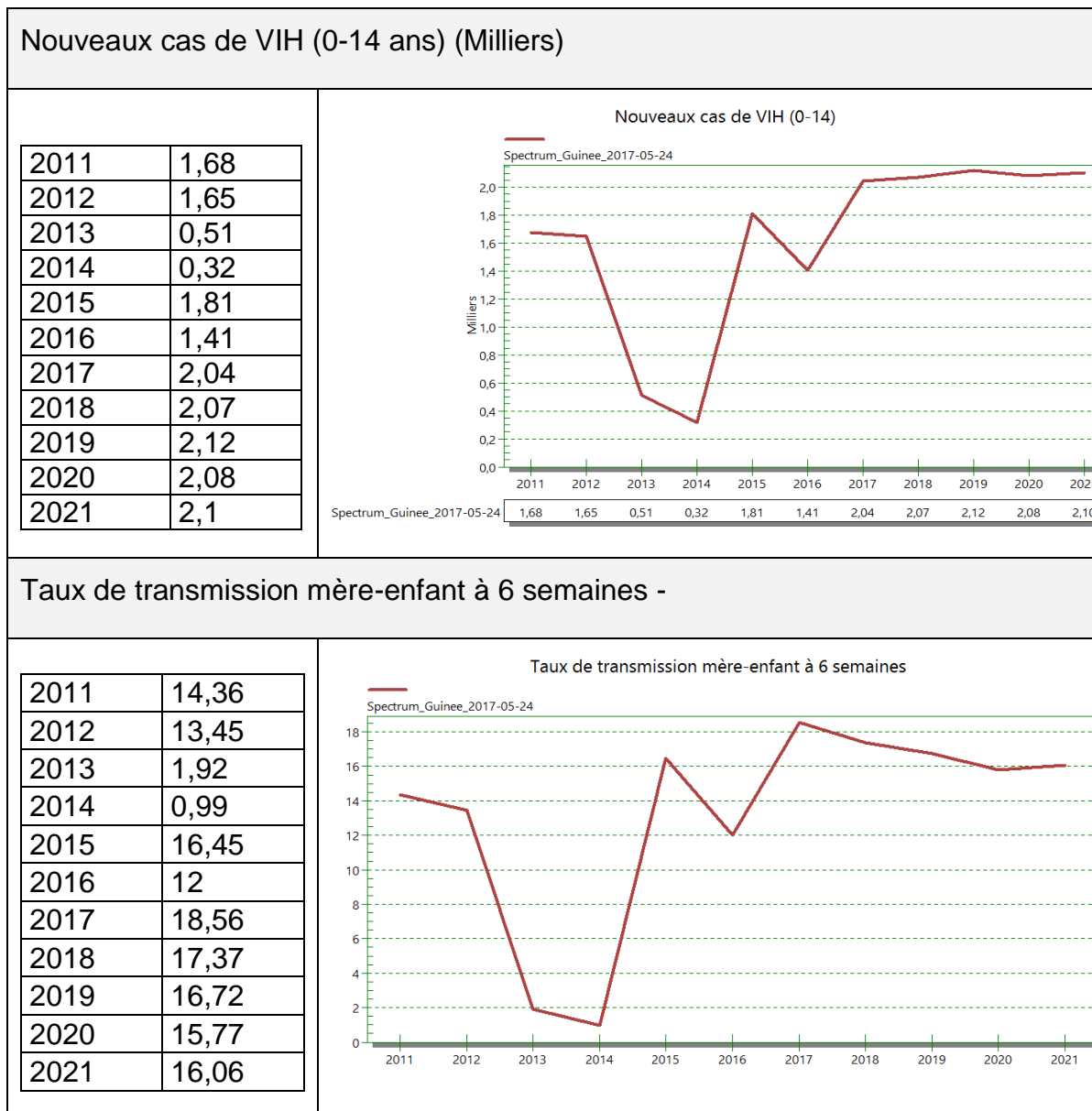


Figure 6 : Nouvelles infections chez les enfants

Concernant les mères, les mères, au cours de la période 2012 à 2017 le nombre de femmes enceintes avec des CD4 très bas (donc potentiellement malades) était élevé, mais l'évolution bien qu'en dents de scie se dirige vers la baisse depuis 2016, probablement liée à l'investissement du FM en cours. Les stratégies en cours chez les mères devraient par conséquent être maintenues

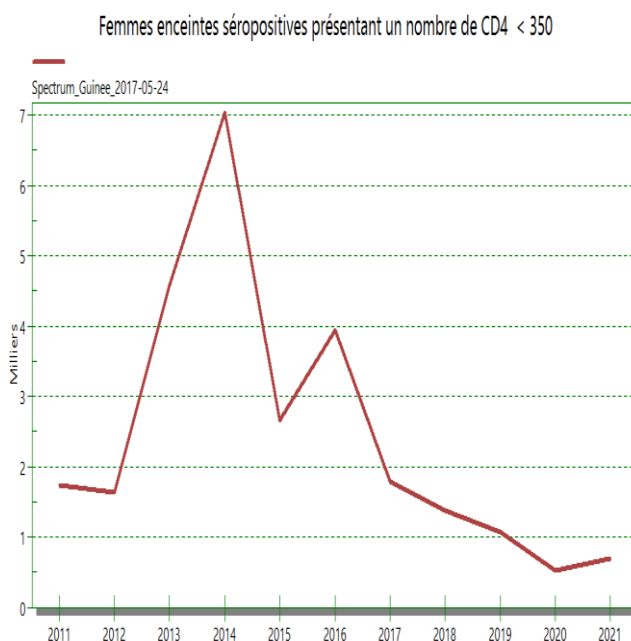


Figure 7 : Nouvelles infections chez les mères

L'analyse des bases de données de routine présente les cascades suivantes :

Selon les estimations de populations réalisées par le RGPH 2014[10], en 2016 la population totale est estimée à **11 101 791 habitants**. Sous réserve des ajustements à faire suivant le taux de couverture contraceptive et l'indice synthétique de fécondité, on estime à 4,5% les grossesses attendues soit près de 500 000 grossesses en 2016. Les données disponibles ne permettent pas d'extraire parmi les enfants mis sous traitement ceux qui au cours de l'année ont été diagnostiqués parmi les nourrissons. Elles comportent en effet de l'avis des experts approchés de très nombreux comptes multiples et des données de rattrapage des enfants.

La figure 8 suivante construite sur la base des données programmatiques présente le profil des cascades Mère et enfant en 2016.

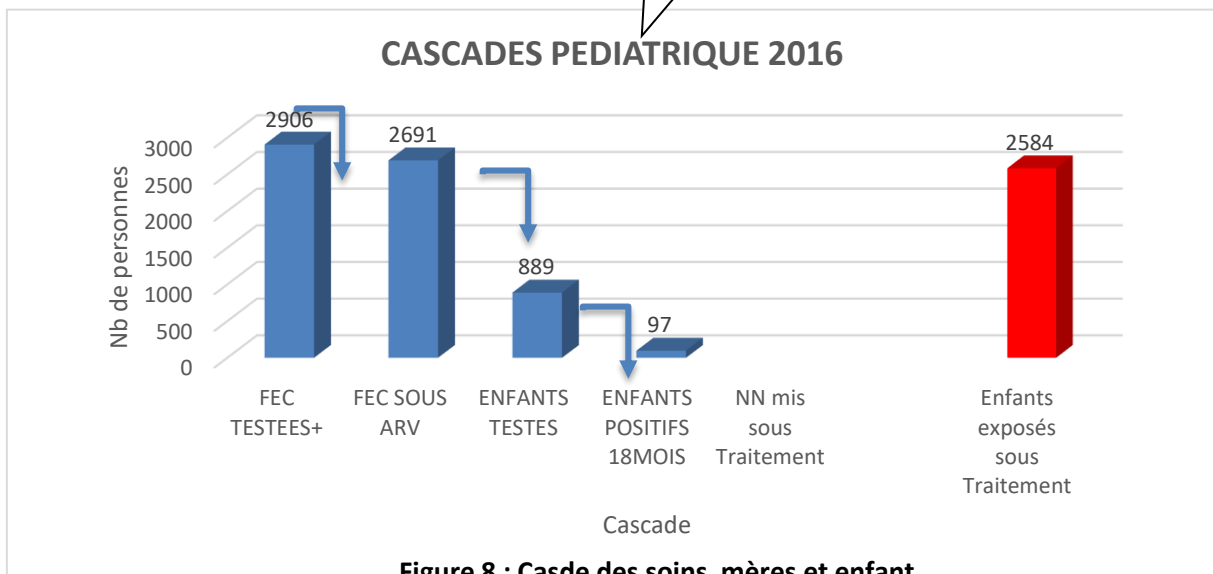
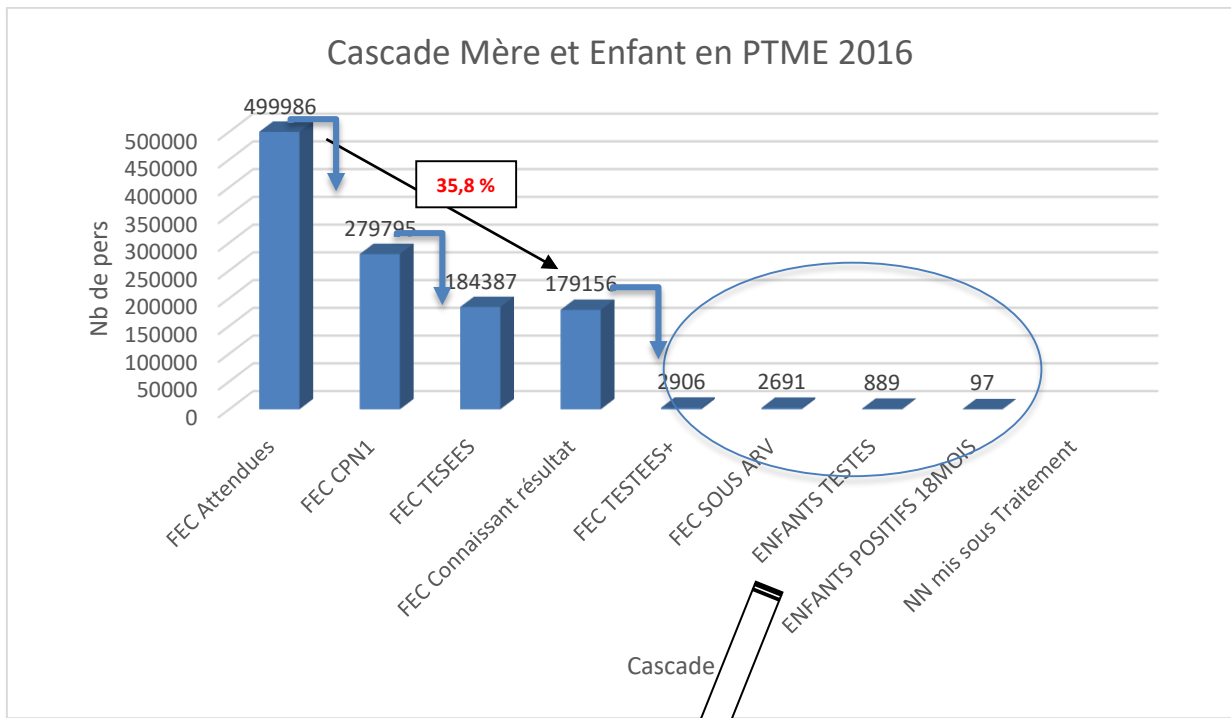


Figure 8 : Casde des soins mères et enfant

En 2016 on note que

95 408 femmes sont parvenues auprès des services de santé mais n'ont pas bénéficié du Test du VIH. Par ailleurs 77% des enfants exposés au VIH de mères suivies en milieux hospitalier n'ont pas été testés.

Conclusion 5 : Très peu de femmes enceintes (35,8%) connaissent leur statut sérologique et très peu d'enfants exposés sont diagnostiqués et mis sous traitement. La PTME ne semble pas fonctionner de manière optimale. Toutes les stratégies doivent être revues.

4.4- Profil épidémiologique des Populations clés et populations vulnérables

Constats et analyses : Les populations clés retenues dans le CSN 2013-2017 sont :

- Les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ;
- Les Travailleuses de sexe (TS) ;
- Les populations carcérales ;
- Les routiers

D'autres populations ont été identifiées comme passerelles, il s'agit des :

- Miniers
- Hommes en uniformes ;
- Pêcheurs ;
- Jeunes ;
- Patients tuberculeux.

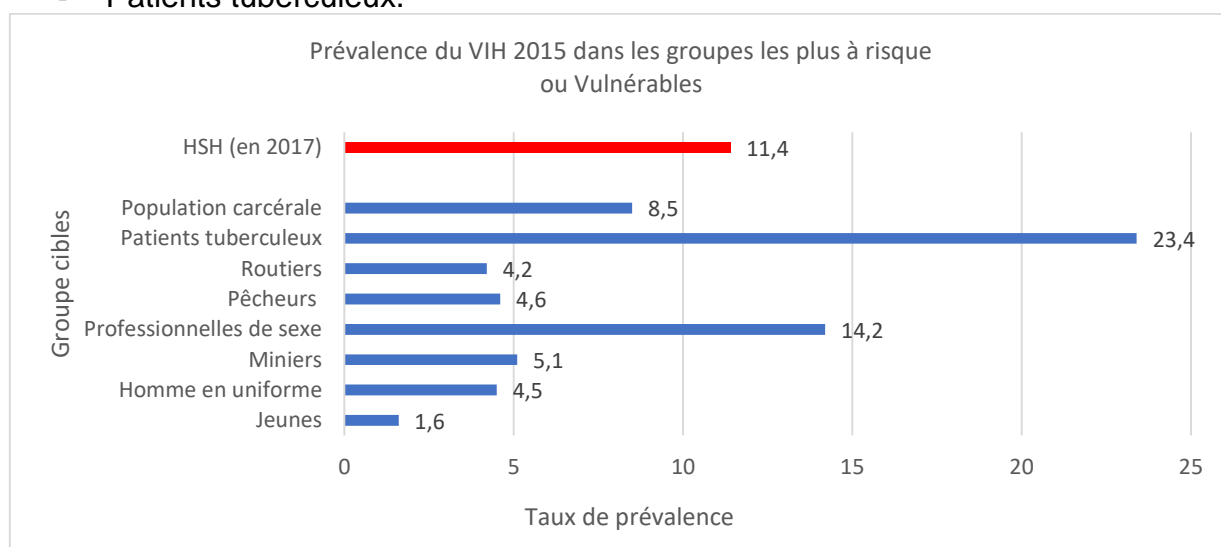


Figure 9 : Profil 2015 de la prévalence du VIH dans les population clés et vulnérables (+HSH 2017)

La prévalence est très élevée chez les PS et les HSH, mais l'amplitude est globalement moins élevée que dans la sous-région où on retrouve souvent le double de ces taux observés en Guinée.

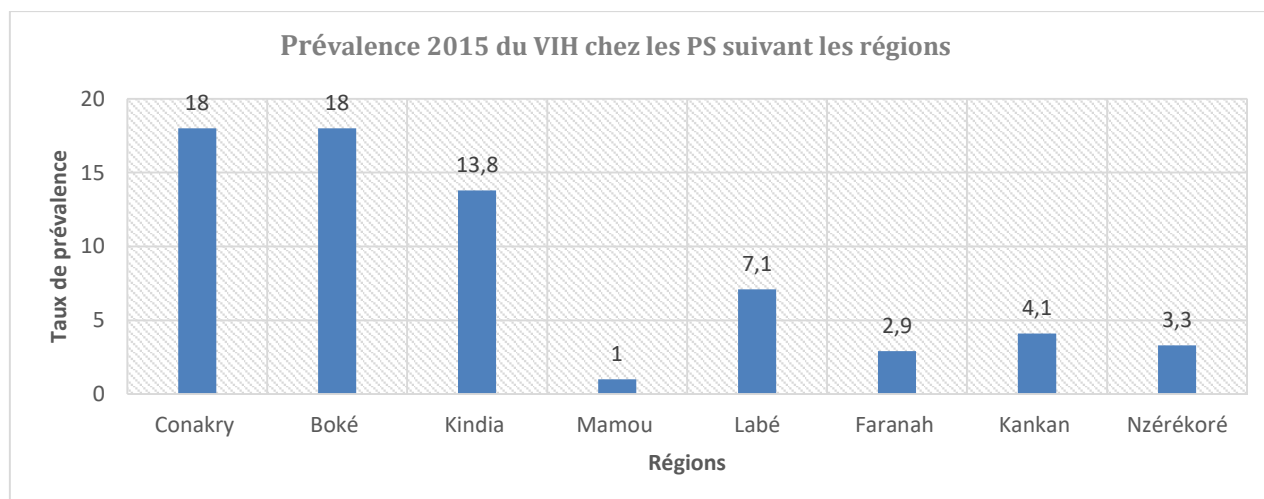


Figure 10 : Profil 2015 de la prévalence du VIH chez les PS selon les Régions

La disparité des taux de prévalence est très grande chez les PS suivant les Régions (fig.10) allant de 1% à Mamou à 18% à Boké et à Conakry. Rappelons que la prévalence du VIH était de 1,7 à Mamou dans la population générale. Soit une population supérieure à celle actuelle chez les PS dans cette région. Les PS ne semblent donc pas constituer dans cette région la source des nouvelles infections. De l'avis des acteurs il s'agirait de la qualité des données obtenues dans l'enquête dans cette région.

Sur le plan global pour cette population spécifique la plus infectée en dehors des tuberculeux qui se retrouvent dans toutes ces sous populations, on peut observer que la prévalence du VIH évolue dans le sens de la baisse comme le montre la figure 11 suivante.

Cette baisse de prévalence dans l'une des plus importantes populations clés n'est pas compatible avec l'augmentation ou stabilisation observée de la prévalence générale. La question qui se pose alors est celle de savoir où se passent les nouvelles infections ? y aurait-il d'autres moteurs de l'épidémie. L'étude MoT de 2013 [11] les a pourtant indexés dans l'incidence du VIH la plus élevée observée dans les couples hétérosexuels stables.

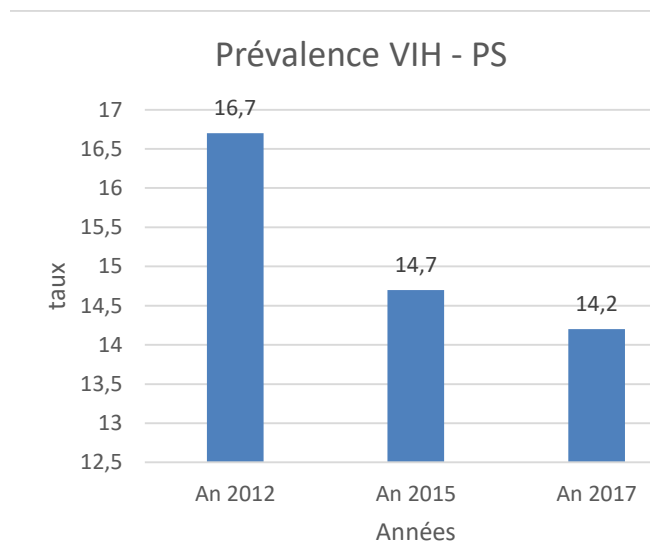


Fig 11: Tendence de la prévalence du VIH chez les PS entre 2012 et 2017 (ESCOMB 2012,2015,2017) [12]

Autres Populations passerelles ou vulnérables

L'examen de la dynamique de l'épidémie dans les autres groupes vulnérables ou à risque montre cette même tendance à la baisse exceptée dans la population jeune où elle a doublé passant en 2012 de 0,8 ou 09 suivant les tranches d'âge à 1,6% en 2017. (Sous réserve qu'il s'agit en 2012 de la méthodologie EDS et en 2017 de l'ESCOMB)

Dans certains pays de la sous-région comparables les populations passerelles intègrent les « coxeurs » (jeunes gens cherchant des clients pour les compagnies de transport), les vendeuses ambulantes, les mototaximens, les personnes en situation

d'handicap ou les utilisateurs de drogues (injectables ou non), les prisonniers. En l'absence d'études elles n'apparaissent pas comme à risque. Des études pourraient clarifier leur situation en effet la distribution réelle et l'implantation de certaines populations passerelles sont méconnues et difficiles à apprécier par l'absence d'études.

Conclusion 6 : En sommes l'épidémie du VIH en Guinée a une tendance vers la régression dans tous les groupes de populations clés et de populations vulnérables excepté chez les jeunes où elle progresse rapidement, très rapidement.

4.5- Constats Généraux et Conclusions sur la dynamique de l'épidémie en Guinée

L'examen des bases de données internationales et nationales permet de remarquer que peu de données d'impact, de qualité et d'envergure nationale sont disponibles sur l'épidémie du VIH en Guinée. Toutefois plusieurs sont en cours de production. Suivant les données disponibles, l'analyse permet de mettre en relief les informations suivantes :

- L'épidémie du VIH en Guinée régresse dans tous les groupes de populations clés et de populations vulnérables sauf chez les femmes enceintes, les enfants et les jeunes, où elle progresse rapidement, très rapidement
- L'épidémie sur le plan national est féminine, mais une progression dans le sexe masculin est observée après 40 ans, ainsi que dans 03 régions du pays où les taux sont supérieurs à celui des femmes; alertant probablement une surmortalité féminine (après 40 ans), et une surinfection masculine dans les régions kankan, Mamou et Labé.
- Très peu de femmes enceintes (35,8%) connaissent leur statut sérologique et très peu d'enfants exposés sont diagnostiqués
- L'inefficacité des programmes de prévention en direction des adolescents et jeunes. Les itinéraires de prévention, l'offre de services de prévention, les méthodes et autres doivent être revues pour mieux comprendre les raisons de leur inefficacité, afin de les renforcer.
- En clair les programmes mis en œuvre ne semblent pas faire barrière au virus qui continue sa progression en population générale, malgré l'efficacité évidente des programmes en direction des populations clés.

Au vu du paradoxe de la légère augmentation ou stabilisation globale de la prévalence et de l'augmentation de l'incidence, dans un contexte où les performances sont bonnes auprès des populations clés, la dynamique de l'épidémie suggère une réorientation des stratégies de prévention pour plus d'efficacité en direction des adolescents et des jeunes et aussi un renforcement de la PTME. Par ailleurs un maintien de l'effort et des méthodes donnant de bons résultats dans les populations clés.

5.- Analyse des déterminants programmatiques de la dynamique du VIH en Guinée

5.1- Introduction

L'épidémie du VIH et Sida constitue un grave problème de santé publique en Guinée où elle représente une cause importante de mortalité et de morbidité avec un impact négatif au plan humain mais également sur le plan du développement économique et social du pays. La présente analyse de la réponse programmatique nationale se fonde sur un corpus d'informations et de réalisations, conduites par l'administration publique nationale, les organisations non gouvernementales et des institutions internationales à travers des actions communes de prévention, d'accès aux traitements et aux soins. L'analyse de la réponse à l'épidémie, parallèlement à l'analyse épidémiologique qui a exposé la dynamique de l'épidémie, vise à observer l'évolution des indicateurs de résultats, et comprendre si les changements escomptés dans le cadre de la mise en œuvre de la note conceptuelle en cours se sont effectivement produits et ont impactés un peu soit – t-il les résultats globaux de la lutte contre le sida en Guinée. Il s'agit de savoir si les programmes mis en œuvre ont atteint leurs objectifs. En outre cette analyse de la réponse s'inscrit dans l'atteinte des objectifs de l'accès universel à la prévention et au traitement des PVVIH, dans le sens de l'atteinte des objectifs 90/90/90 auxquels la Guinée s'est engagée suivant l'ONUSIDA. Les indicateurs de routine des années 2015 et 2016 et du premier semestre 2017 sur lesquels se fonde cette analyse constituent les illustrations factuelles pour vérifier et améliorer la qualité des prestations sanitaires et sociales, leur efficience et leur efficacité dans la réponse nationale contre le VIH.

Les enjeux pour les prochaines années de lutte contre le VIH en Guinée sont considérables : il y a la nécessité d'accélérer les efforts en vue d'atteindre les objectifs 90/90/90. Ces efforts devront toutefois être menés dans un contexte mondial de diminution des ressources financières disponibles pour la lutte contre le VIH et donc avec la nécessité d'une priorisation et d'une orientation des financements vers des interventions à haut impact, notamment dans la perspective de l'élaboration d'un nouveau Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST prévu cette fin d'année 2017.

5.2- Cascades de prévention et des soins VIH en Guinée

Le cadre stratégique 2013-2017 a décliné des objectifs pour 2017. Ces objectifs ont été réévalués dans le cadre d'une stratégie d'accélération couvrant la période 2015-2017. Les Résultats attendus étaient d'arriver en 2017 à : (i) 70% des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique. (ii) 80% des personnes vivant avec le VIH diagnostiquées et éligibles au traitement ARV sont sous traitement. (iii) la rétention dans les files actives à plus de 12 mois des personnes sous traitement ARV passe de 70% à 80%. (iv) améliorer le suivi biologique sous ARV à au moins 70% des patients. L'impact espéré de la mise en œuvre de ce plan était autant la réduction des nouvelles infections que la réduction du taux de morbidité et de mortalité des PVVIH. Ce plan n'a pas pu être mis en œuvre en raison d'un sinistre survenu sur les intrants.

Les données de dépistage de routine en population générale (11049 positifs) rapprochées de celles de prise en charge (9157 initiations) au cours de l'année 2016 montrent qu'environ 17,12 % (1892) PvVIH dépistées ne sont pas enrôlées au traitement ARV (TAR). En PTME aussi, 215 (7,4%) femmes dépistées n'ont pas été mises sous TAR ; soit un Total de 2107 personnes dépistées mais non initiées au TAR. La désagrégation des données ne permet pas d'extraire le gap pédiatrique. Une réplique de cette estimation grossière sur les 05 ans de mise en œuvre du PSN peut nous permettre d'évaluer à environs 10535 personnes dépistées mais non enrôlées. Ceci permet d'estimer à environ 46 377 le nombre de personnes qui connaissent leur statut si on y joint les 35 842 PvVIH sous TAR dénombrés par l'audit de la file active. Notons que le nombre de PvVIH connaissant leur statut peut être mieux estimé par une fonction mathématique prenant en compte la proportion de personnes VIH+ ayant refait le test, le nombre moyen de fois qu'une personne VIH+ a été re-restée, la spécificité du test du VIH, la probabilité de décès d'un VIH+ et la probabilité pour un VIH+ d'émigrer [13]. Mais cela nécessite d'effectuer des enquêtes de terrain pour obtenir au préalable certains de ces paramètres. Le profil programmatique actuel est ainsi illustré par la figure 12 suivante.

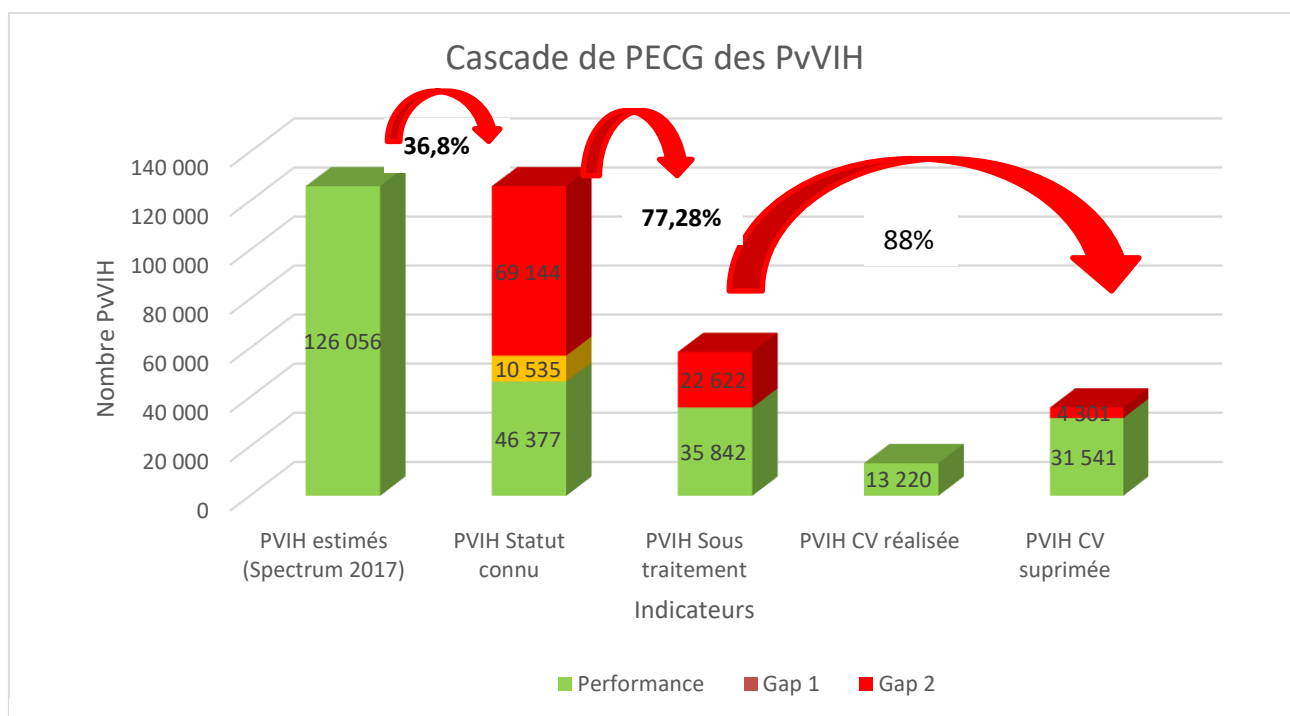


Fig.12 Cascade programmatique de prise en charge globale des PvVIH en Guinée.

Sur le plan global, le gap le plus important se trouve au niveau de la connaissance du statut VIH des personnes atteintes. Ceci est compatible à la progression du VIH observée dans l'analyse épidémiologique dans certains groupes populationnels. **Le programme** enrôle efficacement les malades dépistés, maintien moyennement ces malades sous TAR, mais **peine dans l'identification des PvVIH**. L'intensification de prévention en direction de la population générale s'imposent depuis longtemps au vu des informations stratégiques produites par l'étude MoT réalisée en 2013.

Suivant les objectif 90/90/90, la Cascade présente des gaps moins importants.

5.3- Prévention, promotion du dépistage dans la population générale

5.3.1- Le Conseil Dépistage Volontaire du VIH

Dans le cadre de la prise en charge de l'infection par le VIH, la connaissance du statut sérologique constitue une priorité de premier rang. Il s'agit de faire connaître à chaque individu son statut sérologique et par la suite les mesures de prévention ou de soins à prendre afin de constituer une barrière à l'épidémie. Si la stratégie vise toute la population, il existe toutefois des groupes cibles les plus visés tels que les jeunes, les femmes enceintes, les Professionnels du sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH). Vue les ressources humaines et matérielles limitées,

il se pose effectivement la problématique du ciblage des populations par les actions de dépistage pour permettre d'atteindre avec efficacité et efficience la première cible des « 90-90-90 » fixée par l'ONUSIDA.

Constat :

Sur le plan global, les données de dépistage de routine en Guinée rapportent des taux de séropositivité globalement beaucoup plus élevés que les prévalences par EDS, ce qui pourrait démontrer que les populations portant le virus seraient bien visées par cette intervention ; que le dépistage réalisé est efficient, rentable. Mais quand on prend en compte la taille des personnes vivant avec le virus qui ne connaissent pas leur statut, une autre analyse peut aussi être faite et celle-ci pourrait conclure que la prévention n'est pas suffisamment réalisée dans ce volet de la lutte.

Analyse : De l'avis des acteurs de la lutte, la séropositivité plus élevée traduirait le fait que ce dépistage se réalise essentiellement dans les formations hospitalières et concernerait essentiellement les personnes présentant des symptômes évocateurs du VIH. En effet de nombreuses formations ont été réalisées et des outils élaborés et diffusés pour accélérer le Conseil et Dépistage à l'initiative du prestataire. Par ailleurs on observe une répétition des tests chez les personnes diagnostiquées positives au VIH qui n'acceptent pas les premiers résultats déclinés.

Conclusion 7 : On peut conclure que le dépistage à visée préventive mérite d'être accéléré. En outre, en l'absence de codification unique il est difficile d'éviter des doubles comptes et donc de suivre en population générale, l'efficacité réelle de cette action. Le pays devrait envisager dans son dispositif de suivi la problématique de la codification unique des clients.

5.3.2. Analyse du dispositif de dépistage

La Guinée de toutes évidences semble avoir pris conscience de ce Gap si l'on s'en tient à l'évolution quasi exponentielle du nombre de personnes dépistées et du nombre de site de dépistage. L'évolution du nombre total de site CDV de 2006 à 2016 montre une croissance importante.

Constat : Les données programmatiques indiquent que : Le nombre de personnes annuellement dépistées a plus que doublé en 3 ans, passant de 37234 à 87990 entre 2014 et 2016 [14]. Ce qui est très positif. Ce résultat est une conséquence de l'évolution du nombre de sites CDV.

Analyse : Si l'on admet que chaque individu devrait connaître son statut sérologique au moins une fois l'an, malgré cette dynamique allant dans le bon sens, le dépistage reste très faible. En effet en 2016 année pendant laquelle le dépistage a doublé, moins de 1% de la population en Guinée connaît son statut sérologique VIH.

Dans l'optique de l'atteinte des objectifs 90/90/90 avec l'ONUSIDA, les résultats sont aussi faibles. En effet si le nombre de personnes positives est estimé à 126 056 et celui sous ARV à 35 865. Suivant l'option Tester et traiter, il faut dépister 90 214 personnes à mettre sous ARV. Pour un objectif de 90% il serait de 81 193. Pour une prévalence VIH estimée à 1,7%. Si on devait atteindre la cible fixée de personnes positives qui connaissent leur statut au cours de l'année 2017, Il faudra réaliser au moins **4 776 035** tests supplémentaires. L'objectif étant fixé en 2020, suivant les capacités de mise en œuvre, une planification annuelle peut alors être effectuée. Le besoin annuel de réalisation de test étant près de **1 600 000 tests**. Sous réserve de l'incidence qui se poursuit et de l'accroissement de la population.

Conclusion 8 : Il convient de relancer ce dépistage suivant des stratégies nouvelles plus agressives qui devraient être rapidement initiées. Ceci éventuellement par le déploiement d'unités mobiles actives de manière quotidienne. Les activités de dépistage en population générale devraient donc être aussi réalisées dans la communauté, comme c'est le cas pour les populations clés. Toutefois ceci nécessitera de mettre un dispositif de suivi du lien entre le dépistage et le traitement pour réduire les perdus de vue et se diriger prioritairement dans les zones de concentration du virus. Les populations clés elles seules toutes dépistées ne nous rapprocheraient pas de la cible. En effet les tailles de populations ne sont pas très élevées. (ex. HSH, N=1429 en 2017, PS,N= 14728 en 2017). Une meilleure stratégie pourra être de maintenir l'action auprès des populations Clés pour conserver les acquis, mais d'investir dans le dépistage en priorité dans les grands bassins du Virus que sont les adolescent et les jeunes. En outre, dans ce contexte l'efficacité consistera à privilégier dans l'échelle de priorités les zones et les populations à haute prévalence. Identifiées dans l'analyse précédente.

5.4- Prévention, promotion du dépistage parmi les populations les plus exposées au risque

Dans le CSN 2013-2017 les populations identifiées les plus exposées au risque sont les suivantes :

Populations clés	Populations passerelles
<ul style="list-style-type: none"> - Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ; - Travailleuses de sexe (TS) ; - Les populations carcérales ; - Les routiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Miniers - Hommes en uniformes ; - Pêcheurs ; - Jeunes ; - Patients tuberculeux

5.4.1- Populations clés

Dans la conception de l'ONUSIDA, les « populations clés à plus forts risques » sont principalement : les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI), les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les professionnel(le)s du sexe (PS) et leurs clients, ainsi que les prisonniers.

En Guinée, force est de constater que le VIH continue d'avoir un impact disproportionné principalement sur les travailleuse(r)s du sexe (TS) et les HSH malgré la réduction (curieuse) de 56% à 11,4% chez les HSH. Les UDI sont mal connus.

Constats : Les interventions auprès des populations clés sont menées principalement dans le cadre de la subvention GIN –H –PSI GA NUMBER 798 du Fonds Mondial par PSI/Guinée avec l'appui d'autres ONG nationales et internationales, entre autres AGBEF, FMG, SOLTHIS, Heath Focus, Chambre des Mines de Guinée, AGUITEB et sur financement de MSF et de l'UNFPA. Le profil des résultats programmatiques déjà obtenus au cours de l'année 2017 sont les suivants pour les PS et les HSH.

Professionnelles de sexe

Suivant la taille estimée de la population **14 728 PS** (2017) et la prévalence du Virus dans ce groupe (14,2), environ **2091 PS** portent le VIH. Les PS étant issues de la population générale, on peut estimer à **805** celles qui connaissaient déjà leur statut PvVIH et avec la réalisation rapportée par le programme de prévention en cours, on peut estimer à **952** le nombre de PS qui connaissent leur statut VIH+ soit un gap d'environ **1139** personnes à dépister. Pour dépister toutes ces PS, il est nécessaire de réaliser dans cette population environ **8021** Tests de dépistage.

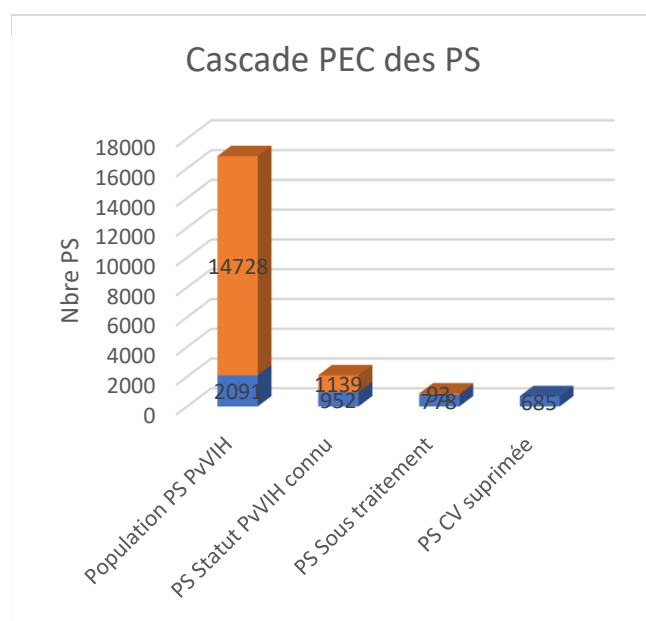
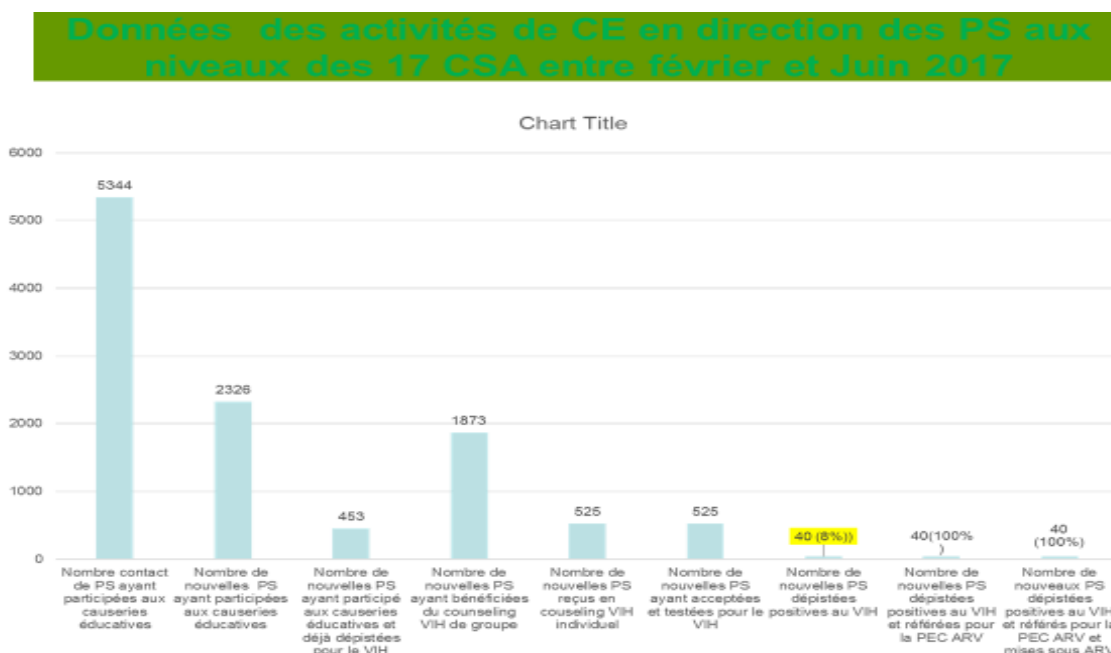


Fig.13 Cascades de PEC des PS

Plus de 5000 PS ont pourtant déjà été touchées au cours de l'année 2017, mais moins de 10% ont réalisé le Test du VIH. Les stratégies de prévention en direction des PS devraient être améliorées pour plus d'efficacité et d'efficience dans le dépistage. Le nombre de tests à réaliser est en fait beaucoup plus élevé si on tient compte de l'efficacité actuelle des descentes de dépistage qui se situe à 8%.

Selon ESCOMB 2015 les PS enquêtées sont jeunes, en moyenne 25 ans. Le pourcentage de PS qui indiquent avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client a progressé considérablement depuis 2012, passant de 65% à 88% en 2015 et pourtant seulement 36,28% des PS en 2015 contre 53% en 2012 sont atteintes par les programmes de prévention [ESCOMB 2012,2015]. Le multi-partenariat, l'utilisation inconstante du préservatif, la dépendance économique, l'analphabétisme, l'insuffisance des services adaptés pour la prise en charge des IST et le dépistage du VIH, et la stigmatisation restent des facteurs explicatifs des barrières à l'accès des PS aux services de prévention et de traitement.

La figure 14 suivante présente la cascade programmatique à mi-parcours de l'année 2017.



L'analyse causale fait apparaître les éléments explicatifs suivants :

- La couverture faible des interventions de prévention en direction des PS est due en grande partie au nombre très limité d'acteurs intervenant dans le domaine, En effet la cartographie réalisée en 2017[15] a montré une très grande diversité

des sites de fréquentation des PS et une très grande dispersion dans tout le pays ; 1277 sites fréquentés par les PS (37% à Conakry, 23% à Kindia et 8% à Kankan). Par ailleurs, les horaires sont essentiellement nocturnes et des jours de fin de semaine. Les travailleurs sociaux et professionnels de santé doivent pouvoir s'adapter à ces jours et horaires.

- L'environnement social est pénalisant pour les populations clés ; la persistance de la stigmatisation et discrimination en direction des PS peut expliquer les faibles performances réalisées lors des activités de prévention ;
- Les données ne semblent pas exhaustives, en effet les seules disponibles sont celles de PSI. Le travail effectué par exemple sur les PS par le Ministère de la santé serait noyé dans les données de population générale, d'où une désagrégation difficile ;

Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

Suivant la taille estimée de la population **1423 HSH** (2017) et la prévalence du Virus dans ce groupe (11,4), environ **162 HSH** portent le VIH. Les HSH faisant eux aussi partie de la population générale, on peut estimer à **62** ceux qui connaissent déjà leur statut PvVIH. Au cours de l'année 2017, 17 HSH ont pu connaître leur statut PvVIH dans le programme de prévention en cours, soit environs **79 HSH** qui connaissent leur statut VIH+ d'où un gap d'environ **63 HSH PvVIH** à identifier. Pour les dépister tous, il est nécessaire de réaliser au minimum dans cette population environ **553 Tests** de dépistage.

Seulement un HSH sur trois (33%) a une connaissance exacte des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH et rejette les principales idées fausses sur la transmission du virus. Toutefois la connaissance globale est plus élevée chez les HSH âgés de 25 ans et plus (43,3% contre 29,1% chez ceux âgés de 15-24 ans).

Concernant les pratiques, L'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels annuels avec un partenaire masculin reste faible.

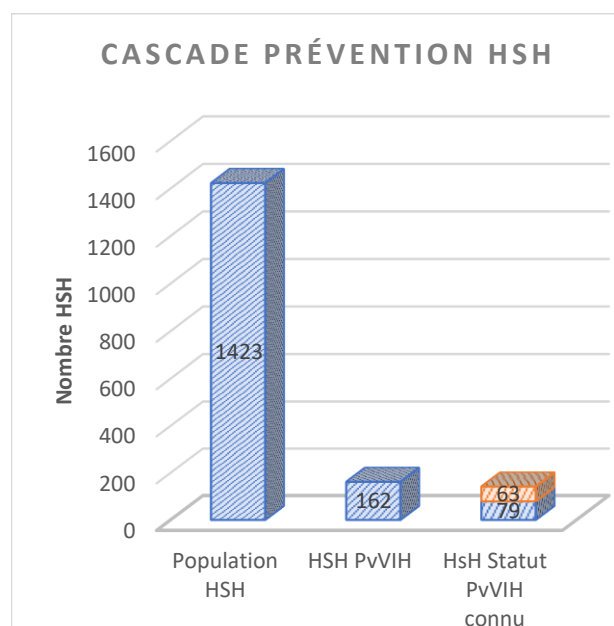


Fig. 15 CASCADE PREVENTION VIH-HSH

L'ESCOMB 2017 montre toutefois une amélioration en ce qui les concerne, seuls 38,5% des HSH indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme contre 25,2 en 2012. La proportion des HSH des 18- 24 ans utilisateurs systématiques du préservatif est supérieure à celle des HSH de 25 ans et plus (37,7% contre 24%). En 2017 l'accès au programme s'est considérablement amélioré, 77,51% des HSH ont été touché, contre seulement 39% qui ont eu accès aux programmes de prévention du risque d'infection au VIH en 2012. Les facteurs explicatifs à l'accès limité des HSH aux services de prévention et de traitement restent la discrimination, l'insuffisance des services adaptés, l'existence d'une loi condamnant l'homosexualité et l'insuffisance d'acteurs communautaires.

La figure suivante présente la cascade programmatique à mi-parcours de l'année 2017

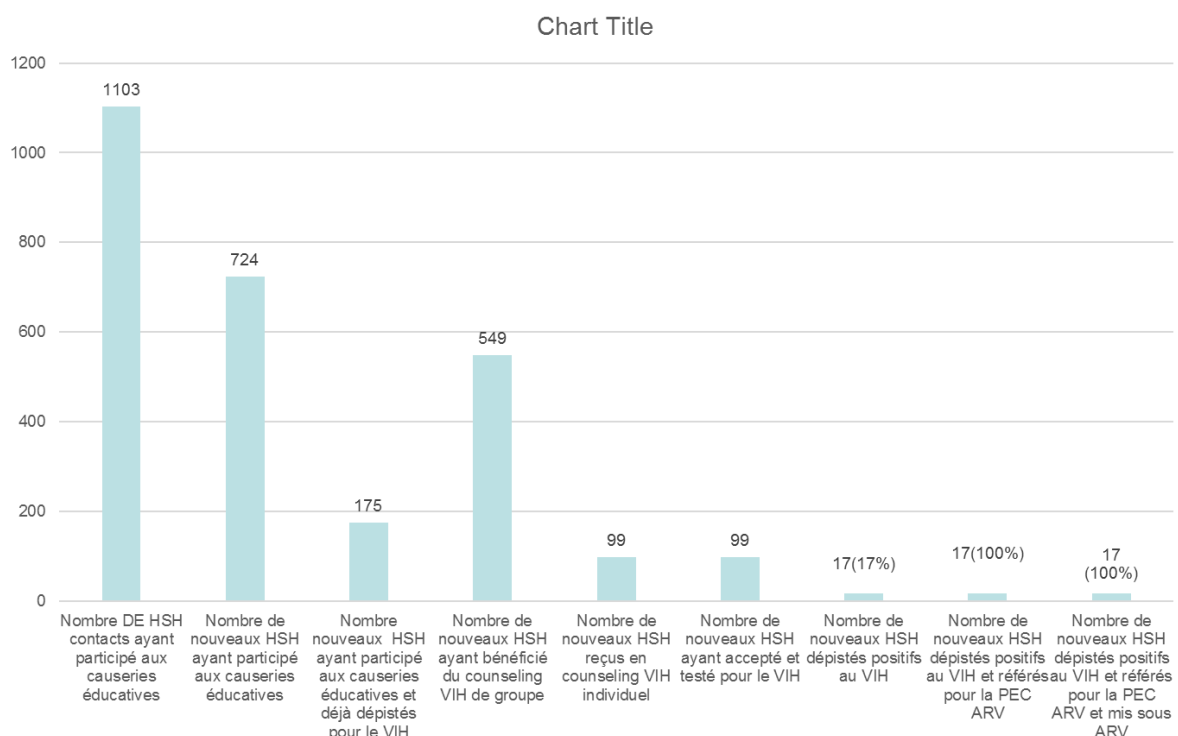


Figure 16 Données programmatique HSH à mi parcours 2017

Les actions de prévention combinée chez les HSH ont permis d'améliorer le nombre de personnes connaissant leur statut VIH positif.

L'analyse causale fait apparaître les éléments explicatifs suivants :

- La couverture des interventions de prévention en direction des HSH semble avoir considérablement progressé, mais le nombre effectif doit tenir compte des

doublons. De plus, les projets mis en œuvre sur le territoire national sont essentiellement liés à la subvention du Fonds Mondial.

- L'environnement socio juridique est péjoratif pour ces populations clés ; on note la persistance des normes sociales rigides, de croyances religieuses, de tabous sociaux, de traditions et de coutumes qui limitent l'accès à certaines populations clés aux services de santé ;
- La persistance de la stigmatisation et discrimination en direction des HSH peut aussi expliquer les performances réalisées lors des activités de dépistage ;

La notion de « Personnes touchées » n'a pas la même acception pour tous. Pour certains il s'agit uniquement du dépistage réalisé, pour d'autres il s'agit de messages communiqués, pour d'autres de participation en séances de conseil, etc... Le concept de personnes « touchées » doit donc être clarifié afin de mieux déterminer le nombre de personnes à toucher pour atteindre le résultat escompté. Par ailleurs les outils de suivi devront permettre de discriminer celles et ceux qui ont déjà été touchés. La problématique est la même chez les HSH. Pour les données présentées précédemment, une personne touchée est celle qui a bénéficiée d'au moins l'un des services prévus dans le paquet dispensé par le programme de prévention.

Conclusion 9 : Malgré les insuffisances observées, les résultats suggèrent que les stratégies mises en œuvre sont efficaces et méritent d'être poursuivies. Toutefois il se présente clairement la nécessité de mettre en œuvre un paquet minimum de services pour chaque catégorie de populations clés. Ainsi dans cette mise en œuvre seront définies clairement les notions telles que « Personnes touchées », et autres. Par exemple au bout de combien de contacts peut-on raisonnablement estimer que nous disposons d'une personne sensibilisée, susceptible d'avoir les pratiques souhaitées ?

Les populations carcérales

Selon les études ESCOMB 2012 et 2015, on observe une baisse de la prévalence du VIH dans la population carcérale qui est passée de 9,4% en 2012 à 8,5% en 2016. La réalisation du test du VIH au cours des 12 derniers mois a considérablement augmenté, passant de 30,40% en 2012 à 80,66% en 2015. Par rapport à l'accès au dépistage VIH, 73,40% des prisonniers enquêtés ont affirmé en 2012 qu'il y a la possibilité de faire le test de dépistage dans leurs communautés. Près de 10,10%

avaient été forcés de se faire dépister. Des actions sont menées, mais les statistiques sont insuffisamment disponibles. La faible utilisation du préservatif, le multi-partenariat, les relations sexuelles forcées, et le faible accès aux services de prévention et de traitement dans les prisons ont été évoqués comme facteurs associés à l'augmentation du risque de transmission du VIH en milieu carcéral. Par ailleurs reste la problématique de l'utilisation du préservatif en prison.

Les routiers

L'estimation de la taille n'est pas connue, selon les études ESCOMB 2012 et 2015 la prévalence a baissé de 5,4 à 4,2.

5.5- Populations Adolescentes et Jeunes

L'analyse des tranches populationnelles permet d'observer en rapprochant la population actuelle de la pyramide des âges que sur le plan démographique, les adolescents et jeunes constituent la plus grande masse. Malgré la prévalence du VIH légèrement inférieure 0,9% (EDS 2012) et 1,6 (ESCOMB 2015). Ils constituent le principal bassin du virus en Guinée. Cette tranche porte le poids de l'épidémie.

Selon EDS 2012 Les adolescentes et jeunes femmes ont une prévalence nettement plus élevée que leurs homologues hommes. Ceci jusqu'à l'âge de 22 ans où il y a inversion. Elle varie de 1,3 % chez les femmes à 0,4 % chez les hommes, correspondant à un ratio femme/homme de 3,25, ce qui signifie que, dans ce groupe d'âges, 325 femmes sont infectées pour 100 hommes. (ce ratio est de 1,75) chez les 15-49 ans).

Constat : La prévention auprès des adolescents et des jeunes n'est pas structurée. Les actions menées ne sont pas rapportées.

Analyse : Le dispositif de suivi des résultats dans cette couche spécifique nécessite d'être renforcé. Les résultats programmatiques ne permettent pas de les adresser de manière singulière. Pourtant une analyse détaillée des bases de données montre que les populations à hautes prévalence HSH et PS ainsi que les passerelles sont essentiellement faites d'adolescents et des jeunes.

Conclusion 10 : Suivant les résultats de l'analyse épidémiologique la population adolescente et jeune est celle la plus à risque. Risque lié au peu de maturité ou d'expérience dans l'acte sexuel. D'autre part cette catégorie regroupe une grande partie des catégories dites à haut risque. La prévalence cache mal la réalité qui s'y trouve ; en raison du poids élevé de cette population. Un renforcement des actions de prévention et de prise en charge s'impose et celle-ci devrait comporter aussi un renforcement du suivi et évaluation de la trajectoire du VIH. Le développement de la stratégie « all-in » encouragée par l'UNICEF pourrait être pertinente dans ce contexte.

Coinfection TB/VIH

Constat : Ce sont les patients porteurs de tuberculose qui présentent le taux le plus élevé de VIH. Normalement tous les patients tuberculeux devraient bénéficier d'un test de VIH, Aucune action programmatique de suivi de la performance n'est rapportée. Une étude réalisée sur un site a situé la prévalence de la Coinfection TB/VIH à 15% en 2006. (séroprévalence à Donka Dermatologie de 2006-2007). L'ESCOMB 2017 la situe à 23%. Les deux sources ne sont pas comparables, mais dans les deux cas la prévalence est élevée. La raison de cette faible performance serait la faible collaboration au niveau opérationnel entre les professionnels des deux programmes.

L'OMS conseille le traitement préventif à l'isoniazide. Les données disponibles ne rapportent pas l'existence de directives pour l'utilisation de l'isoniazide en prévention chez les personnes vivant avec le VIH. La forte coinfection TB/VIH indiquent toutefois une prévalence élevée des échecs thérapeutiques.

Conclusion 11 : La prévalence de la coinfection TB-VIH est plus élevée et renseigne sur la prévalence des échecs thérapeutiques, voire des résistances du VIH aux ARV. Il est urgent de débiter en Guinée la surveillance des indicateurs d'alerte précoce des résistances du VIH aux ARVs (IAP) et étudier également les résistances transmises.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

L'analyse suggère de :

- **mettre en place un dispositif permanent de surveillance épidémiologique du VIH y compris un suivi des résistances évitables du VIH aux ARV**
- **porter à l'échelle le dépistage, notamment dans la population adolescente et jeune et dans le cadre de la PTME pour espérer se rapprocher des cibles 90/90/90. Ceci avec un focus sur l'adolescente et la jeune femme avant 22 ans.**
- **effectuer une réorientation des programmes d'interventions et de prévention dans la population des 10-24 ans, impliquant des méthodes innovantes telles que les réseaux sociaux**
- **surveiller la coinfection TB-VIH**
- **Surveiller la mortalité des femmes autour de 40-45 ans**
- **envisager dans le dispositif de suivi la problématique de la codification unique des clients.**
- **poursuivre les stratégies en cours chez les populations clés, elles semblent efficaces ; toutefois il se présente clairement la nécessité de renforcer la mise en œuvre d'un paquet minimum avec meilleure définition des concepts**
- **renforcer les stratégies de dépistage en CPN ; le taux de couverture du dépistage des FEC et des enfants est très bas**
- **réduire les « occasions manquées », près de 34% (CPN=279785 ; Testées=184382) des femmes arrivées en CPN1 en 2016 n'ont pas bénéficié du test du VIH**

Par ailleurs

Plusieurs études/enquêtes complémentaires listées dans le tableau 1 apparaissent nécessaires, mais la plus urgente au vu de la rédaction en cours du PSN, est l'approfondissement de l'analyse auprès des adolescents et des jeunes suivant le modèle « All-IN » ceci peut être fait au cours de la rédaction du PSN 2018-2022

Besoins d'Etudes/Enquêtes complémentaires

Les analyse épidémiologiques et programmatiques, permettent de mettre en évidence un besoin d'études complémentaires pour améliorer la compréhension de l'épidémie

Suivant l'ordre de priorité on peut citer :

Tableau 1

<u>N°</u>	<u>Etudes à réaliser</u>	<u>Observations/Justifications</u>
1	<i>Enquête Démographique et de santé</i>	<i>Les données EDS, données d'impacts sont prévues en règle générale se réaliser tous les 05 ans. L'enquête 2012 est la dernière effectuée.</i>
2	<i>Etudes de survies</i>	<i>Les analyses effectuées laissent apparaitre une surmortalité dans certaines couches populationnelles. Il est pertinent de contrôler par une surveillance épidémiologique la survie des PVVIH sous ARV, afin de disposer d'alertes permettant d'intervenir en temps opportun.</i>
3	<i>Etudes IAP et résistances transmises</i>	<i>La surmortalité présumée dans certaines couches populationnelles nécessite de surveiller la problématique des résistances. Un contrôle des résistances évitables est indispensable pour limiter le passage en deuxième ligne qui pourra à terme être très onéreux et limiter la capacité du pays à riposter.</i>
4	<i>Enquête d'implémentation du code unique</i>	<i>Les Doublons observés dans les données de routine imposent d'implémenter la codification unique des clients du dépistage au traitement.</i>
5	<i>REDES</i>	<i>Des études de Ressources et dépenses pourront permettre d'améliorer la compréhension de la géographie du financement de la lutte contre le VIH afin de préparer l'autonomisation de cette lutte au cas où les ressources extérieures venaient à manquer. Ce Résultat serait aussi un puissant outil de plaidoyer pour la mobilisation des financements domestiques.</i>

6	<i>Itinéraire Thérapeutique des malades</i>	<i>Vu l'audit de la file active et l'amplitude de la variation de cette file suivant les mois, il est nécessaire de comprendre la dynamique à l'intérieur et le devenir des patients pour anticiper sur la mortalité ou la morbidité</i>
7	<i>Etude socio anthropologique</i>	<i>Des enquêtes montrent que la prévalence du VIH n'est pas également répartie dans le pays une étude couvrant les aspects socio-anthropologiques, pourrait contribuer à une meilleure compréhension de la dynamique territoriale du VIH afin d'apporter une réponse plus précise</i>
8	<i>Etude des méthodes communicationnelles</i>	<i>L'analyse présume que malgré les interventions menées, l'incidence du VIH progresse chez les adolescents depuis 2005. les canaux actuels de communications sont-ils adaptés à l'environnement des jeunes ? Ils n'impliqueraient pas par exemple les réseaux sociaux ? Une meilleure compréhension de cette problématique permettra d'améliorer l'adressage des interventions.</i>
9	<i>Enquêtes sur le genre</i>	<i>Plusieurs disparités de l'épidémie liées au Genre semblent se poser. Une étude d'envergure pourra aider à mieux cibler les interventions</i>
10	<i>Etudes d'incidence</i>	<i>Les études d'incidence coutent très cher et sont difficiles à réaliser. L'analyse effectuée suggère que l'incidence du VIH progresse dans les populations adolescentes et jeunes et plus spécifiquement chez la jeune femme. Une étude d'incidence modèle « PHIA » clarifierait mieux cette problématique afin d'effectuer un meilleur ciblage de la riposte.</i>
11	<i>Etudes de cohortes</i>	<i>Des études de cohorte sous forme de Recherches/Action pourrait permettre de contrôler l'épidémie auprès des populations spécifiques organisées comme les PS.</i>
12	<i>Impact de la PTME</i>	<i>La PTME a débuté depuis plus d'une décennie en Guinée. Elle absorbe beaucoup de ressources financières. Il est temps de mesurer son efficacité et son impact réel, afin de confirmer tout le bien qu'on pense d'elle ou de rectifier au besoin les stratégies opérationnelles.</i>

Bibliographie :

1. CCM_GUINEE, Note Conceptuelle Standard conjointe **VIH/TB**, 31.01.2014, Conakry
2. SE-CNLS, Cadre Stratégique National de Lutte les IST/VIH/Sida 2013-2017, Conakry, 2013
3. Peeters M, Jung M, Ayouba A. The origin and molecular epidemiology of HIV. Expert Rev Anti Infect Ther. 2013 Sep; 11(9):885-9
4. Institut National de la Statistique, Ministère du Plan Conakry, MEASURE DHS, ICF International Calverton, Maryland, U.S.A. ; Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2012 ; Novembre 2013
5. Institut National de la Statistique, Ministère du Plan Conakry, MEASURE DHS, ICF International Calverton, Maryland, U.S.A. ; Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 1999 ;
6. Institut National de la Statistique, Ministère du Plan Conakry, MEASURE DHS, ICF International Calverton, Maryland, U.S.A. ; Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2005 ;
7. Nsubuga RN, Maher D, Todd J. Impact of antiretroviral therapy on adult HIV prevalence in a low-income rural setting in Uganda: a longitudinal population-based study. J Acquir Immune Defic Syndr 2013
8. Enquête Nationale de Surveillance Sentinelle du VIH auprès des Femmes Enceintes dans les Sites sentinelles (ENSS-2015- Guinée)
9. Glynn JR, Buve A, Carael M, Musonda RM, Kahindo M, Macauley I, et al. Factors influencing the difference in HIV prevalence between antenatal clinic and general population in sub-Saharan Africa. AIDS 2001,15:1717-1725.
10. Présidence de la république Guinée, Décret D/2015/229/PRG/SG (RGPH 2014)
11. SE-CNLS-Guinée, Rapport MoT de 2013
12. SE-CNLS-Guinée, Enquête de surveillance comportementale et biologique des ist/vih/sida –2015
13. CNLS-Cameroun, Cascades programmatique et de prévention du VIH, Cameroun ; Yaoundé 2017
14. SE- CNLS Guinée, Rapports annuels 2014,2015,2016
15. PSI-Guinée, Cartographie nationale des services de VIH et des sites de fréquentation des populations clés, 2017
16. PSI-Guinée. Etude de Surveillance Comportementale et Biologique sur le VIH aupr

ès des Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH) EN
GUINEE. (ESCOMB), 2017