



PRIMATURE

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT EXECUTIF

**CADRE STRATEGIQUE
NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA
2018-2022**



*Atteindre les objectifs
90-90-90 d'ici 2020 et
éradiquer l'épidémie du
VIH à l'horizon 2030*

Conakry, Août 2018

TABLE DES MATIERES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	3
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	4
PREFACE	5
REMERCIEMENTS	6
RESUME EXECUTIF DU CSN 2018-2022	7
INTRODUCTION	11
PROCESSUS D'ELABORATION DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL	11
1. CONTEXTE NATIONAL	12
1.1. PRESENTATION DU PAYS ET CONTEXTE ADMINISTRATIF	12
1.2. SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE.....	14
1.3. SITUATION SANITAIRE DU PAYS	14
2. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ET DE LA REPOSE AU VIH... 17	
2.1. ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA	17
2.2. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE LA REPOSE.....	21
3. CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2018 - 2022	31
3.1. VISION DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2018-2022	31
3.2. PRINCIPES DIRECTEURS DU CSN 2018 - 2022	31
3.3. CIBLES PRIORITAIRES POUR LES INTERVENTIONS DU CSN 2018-2022.....	32
3.4. CADRE ET CHAÎNE DES RESULTATS DU CSN 2018-2022.....	33
3.5. LES INTERVENTIONS PRIORITAIRES DU CSN 2018-2022.....	34
4. MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2018 – 2022	40
4.1. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE	40
4.2. OPERATIONNALISATION DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2018-2022	40
5. SUIVI ET EVALUATION DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2018-2022	41
5.1. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU SYSTEME DE SUIVI ET D'EVALUATION.....	41
5.2. DONNEES D'ENQUETES ET DE RECHERCHES.....	43
5.3. CADRE DE PERFORMANCE DU CSN 2018-2022.....	44
6. BUDGET ET FINANCEMENT DU CSN 2018-2022	44
6.1. MODALITES D'ETABLISSEMENT DU BUDGET ET DES GAPS FINANCIERS DU CSN 2018-2022	44
6.2. ESTIMATION GLOBALE DES GAPS FINANCIERS DU CSN 2018-2022.....	44
6.3. STRATEGIE POUR LA MOBILISATION DES RESSOURCES.....	45
6.4. MECANISMES DE GESTION DES RESSOURCES ET FINANCIERES	45
7. CONDITIONS DE SUCCES ET MESURES D'ATTENUATION DES RISQUES	46
8. ANNEXES	49
8.1. CADRE DE PERFORMANCE DU CSN 2018-2022	49
8.2. CADRE DES RESULTATS DU CSN 2018-2022.....	52
8.3. REPARTITION DU BUDGET CSN 2018-2022.....	55
8.4. VENTILATION DU BUDGET CSN 2018-2022 PAR IMPACTS ET EFFETS	56
8.5. LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE PLANIFICATION DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU 13 AU 22 NOVEMBRE 2017 A KINDIA	58

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AGBEF	Association Guinéenne du Bien Etre Familiale
ARV	Antirétroviraux
ASFEGMASSI	Association des Femmes de Guinée pour la lutte contre les maladies Sexuellement transmissibles y compris le sida
BND	Budget National de Développement
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CECOJE	Centre d'Ecoute, de Conseil et d'Orientation des Jeunes
CDV	Conseil et Dépistage Volontaires
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
CSN	Cadre Stratégique National
CMTSE	Comité multisectoriel technique sur le suivi-évaluation
CNLS	Comité National de Lutte contre le sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation prénatale
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le Sida
DPS	Direction Préfectorale de la Santé Publique
DRS	Direction Régionale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESCOMB	Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique
FDS	Forces de Défense et de Sécurité
FM	Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose
FMG	Fraternité Médicale Guinée
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IO	Infections Opportunistes
IST	Infections sexuellement transmissibles
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples)
OCASS	Observatoire Communautaire d'Accès aux Services de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNDES	Plan national de développement économique et social
PNLAT	Programme National de Lutte Anti Tuberculeuse
PNLSH	Programme National de Lutte contre Sida et les Hépatites
PS	Professionnel (le)s du Sexe
PSI	Population Services International
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus du sida
REGAP+	Réseau Guinéen des Associations des Personnes Vivant avec le VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SE/CNLS	Secrétariat Exécutif du CNLS
Sida	Syndrome de l'Immuno-Déficienc e Acquis e
SOLTHIS	Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé
TB	Tuberculose
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficienc e Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Liste des tableaux

Tableau 1 : Synthèse du processus d'élaboration du CSN 2018-2022	12
Tableau 2 : Projection de la population guinéenne par région administrative.....	13
Tableau 3 : Situation des principaux indicateurs sanitaires	15
Tableau 4 : Situation des ressources humaines de la sante en 2014	16
Tableau 5 : Situation des statistiques sur le VIH en 2016	17
Tableau 6 : Caractéristiques de l'épidémie du VIH chez les populations vulnérables.....	20
Tableau 7 : Evolution des principaux indicateurs de la PTME	24
Tableau 8 : Matrice des produits et interventions prioritaires	35
Tableau 9 : Présentation des mécanismes et périodicité de rapportage	42
Tableau 10 : Liste des priorités nationales en matière d'étude et de recherche.....	43
Tableau 11 : Gap financier du cadre stratégique national 2018-2022	45
Tableau 12 : Tableau d'analyse des risques et mesures.....	47

Liste des figures

Figure 1 : Carte administrative de la Guinée	13
Figure 2 : Populations prioritaires retenues dans le CSN 2018-2022	32
Figure 3 : Fluxogramme des données/informations.....	42

Liste des graphiques

Graphique 1 : Distribution des tests VIH positifs au 1er semestre 2017	17
Graphique 2 : Modélisation de l'évolution des nouvelles infections à VIH.....	18
Graphique 3 : Prévalence des IST au cours des 12 derniers mois (ESCOMB 2015)	19
Graphique 4 : Prévalence du VIH chez les professionnels de sexe par région (ESCOMB 2015).....	19
Graphique 5 : Dépistage du VIH dans les CDV, tendances sur la période 2013-2016	21
Graphique 6 : Données comportementales des populations vulnérables.....	23
Graphique 7 : Evolution des sites PTME et fonctionnalité des sites en fin 2017	24
Graphique 8 : Prévalence du VIH parmi les dons de sang	25
Graphique 9 : Evolution du nombre et de la couverture des PVVIH sous ARV	26
Graphique 10 : Cascade la prise en charge des PVVIH.....	27

PREFACE

Depuis plusieurs décennies maintenant, la République de Guinée a fait de la riposte au sida une priorité sanitaire et de développement. Cela s'est matérialisé par une stabilité, voire un fléchissement de la courbe de prévalence nationale du VIH et une amélioration des conditions de vie et de la survie des personnes vivant avec le VIH. Ces efforts ont été soutenus par les acteurs nationaux, les partenaires au développement au rang desquels figurent en bonne place la coopération bilatérale et multilatérale, le Fonds mondial de Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'ONUSIDA et toutes les agences du Système des Nations Unies.

Le Conseil national de lutte contre le sida que je préside personnellement depuis sa création en 2002, a permis à mon pays d'opérer des changements significatifs dans la gestion de sa réponse, avec une plus grande responsabilisation du niveau décentralisé et une volonté affichée d'opérationnaliser l'accès universel aux services.

Le Cadre stratégique national de lutte contre le sida 2018 – 2022, quatrième du genre élaboré de manière participative et inclusive par le pays, est l'indispensable instrument d'orientation qui nous permettra de consolider les acquis obtenus ces dernières années. Il s'agira sur ces bases d'impulser un élan collectif afin de faire progresser significativement les performances en matière de prévention, d'offre de services de prise en charge qui se doivent d'être plus accessibles et de meilleure qualité, avec également un intérêt conséquent pour l'appui aux personnes infectées et affectées et la coordination de la réponse. Cela va mener notre pays à être au rendez-vous de l'éradication de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 que le Gouvernement a souscrit à côté des autres pays.

Pour réaliser ces objectifs, il nous faut mobiliser les compétences nationales et internationales certes, mais surtout les ressources financières nécessaires.

L'ambition de son Excellence Monsieur le Professeur Alpha CONDE, Président de la République et de son Gouvernement est d'améliorer sans cesse le bien-être des citoyens afin qu'ils participent activement au développement harmonieux de notre pays pour le grand bénéfice des populations actuelles et des générations futures.

Aussi, le Gouvernement par ma voix ne ménagera aucun effort pour apporter son soutien total à la mise en œuvre de ce Cadre stratégique, en mobilisant ses propres ressources mais aussi en mobilisant ses partenaires au développement.

D'ores et déjà j'invite chaque acteur de la riposte au sida et la population guinéenne et tous les partenaires à s'approprier ce document et en faire l'instrument clé pour vaincre l'épidémie du sida et assurer de meilleures conditions de vie à nos vaillantes populations.

**Le Président du Comité National
de Lutte contre le sida**

**Premier Ministre
Dr Ibrahima Kassory FOFANA**

REMERCIEMENTS

Afin de poursuivre la riposte au sida sur la base d'orientation pertinente après fin 2017, un processus dont le leadership a été assuré par le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS) a été conduit.

Au terme d'un processus inclusif et participatif guidé par les orientations internationales, le pays vient de se doter d'un nouveau Cadre stratégique national de lutte contre le sida qui va couvrir la période 2018-2022. Ce processus a connu la participation de l'ensemble des représentants des acteurs nationaux de tous les secteurs (public, communautaire, privé, confessionnel), des partenaires techniques et financiers, mais aussi celle des populations clés et des personnes vivant avec le VIH.

Ce Cadre stratégique que nous tenons entre les mains est bâti sur la base de la revue du cadre stratégique national 2013-2017 qui a fourni les évidences et le contexte national. Parvenir à mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030, réduire la morbidité et mortalité liée au sida ont constitué la pierre angulaire qui a servi d'orientation globale à l'élaboration de ce Cadre stratégique national 2018-2022.

Au terme de ce processus, je tiens à exprimer mes sentiments de gratitude à toutes les personnes physiques et morales qui ont contribué à son élaboration.

J'exprime également mes sentiments de gratitude à l'ensemble des membres du comité de pilotage du CNLS, aux organisations de la société civile, aux partenaires de développement, aux experts et Consultants, au personnel du SE/CNLS et du Ministère de la santé, pour la qualité du travail réalisé et pour les sacrifices consentis pour l'élaboration de ce Cadre Stratégique.

Je saisis l'occasion pour remercier vivement Son Excellence Monsieur le Professeur Alpha CONDE, Président de la République de Guinée, pour la grande attention accordée à la riposte au sida.

C'est le lieu pour moi de saluer les efforts fournis par Son Excellence Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement, Président du CNLS et de l'ensemble des membres de son gouvernement en faveur de la riposte nationale.

Le Secrétaire Exécutif du CNLS

Dr. Abass DIAKITE

RESUME EXECUTIF DU CSN 2018-2022

Menée sous le leadership du Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), l'élaboration du Cadre Stratégique National de riposte au sida 2018-2022 a suivi plusieurs étapes et s'est déroulé selon une approche participative, inclusive et multisectorielle. La revue de la mise en œuvre du CSN 2013-2017 a permis de faire le point sur les acquis et les insuffisances de la réponse nationale au sida.

L'analyse de la dynamique et de la cascade de l'épidémie du VIH, basée sur les données épidémiologiques de routine, d'enquête et de recherche, a permis d'en comprendre les déterminants, de mesurer l'ampleur au sein des différentes couches de la population puis de déterminer les groupes de populations prioritaires. La prévalence quoiqu'en baisse, importante et de type généralisé. En fin 2016, l'ONUSIDA estimait la prévalence du VIH parmi la population de 15-49 ans à 1,5% (contre 1,7% en 2012 (EDS-MICS 2012)) et l'incidence du VIH tout âge confondu pour 1000 habitants est de 0,67 [0,50 – 0,89]. On note par ailleurs :

- Une disparité de la prévalence du VIH selon les régions, selon le genre et selon l'âge: Conakry : 2,7%, Boké 1,6%, Kindia 1,0%, Mamou 1,7%, Labé 1,6%, Faranah 1,4%, Kankan 1,6% et N'Zérékoré, 1,7%. Le lieu de résidence (urbain : 2,7% et rural : 1,2%) ; l'âge (15-24 ans : 0,9%, avec 1,5% chez les 15-19 ans et 25-49 ans : 2,3%) ; et le sexe (Homme : 1,2% et Femme : 2,1%). Chez les femmes enceintes elle a connu une augmentation de 2,5% en 2008 à 2015 (3,56%, ENSS). Il en est de même chez les enfants où les nouvelles sont en progrès depuis 2014 selon les estimations
- Un niveau élevé de la prévalence du VIH dans certains groupes sociaux professionnels : Travailleurs du sexe, leurs clients (10,7 en 2017, et les partenaires de leurs clients, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (11,4% en 2017), donneurs de sang (3,52%), Patients tuberculeux (24% pour coinfection TB/VIH), 3,8% chez les Pêcheurs, 3,5% chez les hommes en uniforme, 2,3% chez les camionneurs et 2,5% au sein de la population carcérale, respectivement en 2015 et 2017.
- Une forte prévalence des IST particulièrement chez les professionnelles de sexe (35,50%), suivis par les jeunes de 15-24 ans (23,79%).
- Une persistance des facteurs de risque associés à des niveaux de connaissances relativement moins importants au sein des groupes sociaux

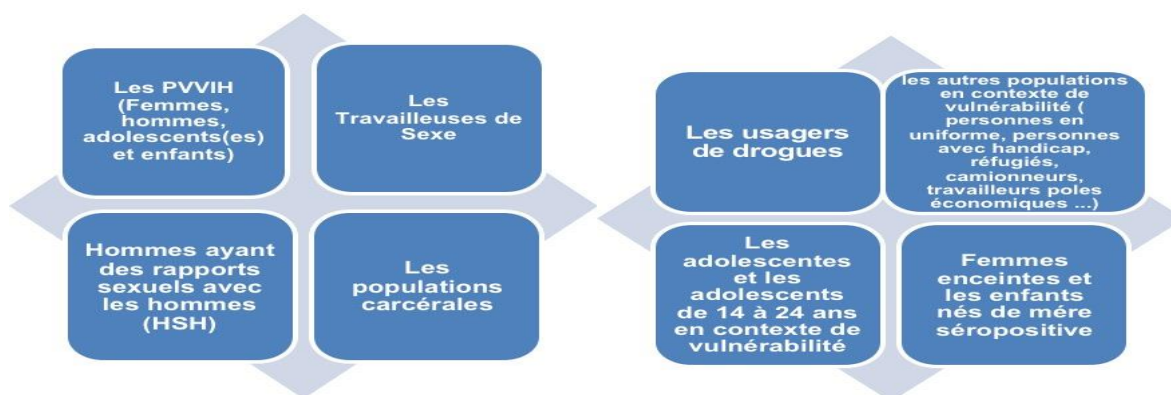
L'analyse de la réponse au VIH a mis en exergue les acquis fondamentaux dont entre autres :

- L'existence d'une coordination nationale suffisamment décentralisée pour assurer le leadership de la réponse au VIH
- Un tissu associatif et communitaire
- Une utilisation plus accrue des préservatifs (chez les jeunes : 40% en 2013 à 60% en 2016)
- Un système de santé qui offre des prestations relatives au VIH de plus étoffées, diversifiées et décentralisées : plateforme de dépistage précoce, plateforme de charge virale, sites PTME 131 en 2013 à 706 dont 394 fonctionnels en 2017, sites de prise en charge (101 en 2013 et 142 en 2017 dont 86 fonctionnels)
- Une amélioration de la performance de la prise en charge (nombre de PVVIH sous ARV : 27.792 en 2013 à 43.673 en 2016 et 51406 en fin 2017)
- Une amélioration de la qualité de la prise en charge (taux de survie à 12 mois, (adultes et enfants) : 70% (2012), 77,5% (2014), 78,7% (2015) et taux de survie à 24 mois des patients (adultes et enfants) après le début du traitement est de 64,9% (2015) pour une cible attendue de 77% en 2017)

En dépit des acquis et des progrès, l'analyse de la réponse a également identifié les défis et contraintes qui restent à surmonter ainsi que les lacunes programmatiques. Il s'agit : i) de la timide baisse des nouvelles infections ; ii) de la morbidité et de la mortalité liées au VIH qui restent élevées parmi les

PVVIH et iii) de la faible gouvernance et leadership de la riposte à tous les niveaux, y compris la faible mobilisation des ressources financières.

Au terme de l'analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH, des priorités ont été définies pour la période 2018-2022. Outre les interventions d'ordre général, la priorité sera accordée aux cibles suivantes pour la période 2018-2022 :



Le présent Cadre Stratégique National a pour vision de « **parvenir à mettre fin à l'épidémie du VIH en tant que menace de santé publique d'ici à fin 2030 à travers l'adhésion aux engagements internationaux convenus lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies de 2016** ». Aussi, le cap pour 2022 est de ramener les nouvelles infections à moins de 5.000, le nombre de décès liés au sida à moins de 2000 à fin 2022 et éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

Le CSN 2018-2022 s'aligne et se fonde sur : i) les objectifs et engagements mondiaux en matière de riposte au sida, en particulier l'objectif d'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 incluant l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; ii) la politique nationale de santé et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024 ; iii) la politique nationale de santé communautaire et le plan stratégique de santé communautaire 2018-2022 et v) la politique nationale de biologie médicale et le plan directeur de développement de la biologie médicale.

Les priorités et les impacts/effets attendus sont les suivants :

Priorité -1	Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les populations vulnérables (en l'occurrence les jeunes filles, les jeunes femmes), les populations clés et éliminer celle chez les enfants	
	Impact-1	Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici à fin 2022
	Effets	
	1.1-Au moins 80% des populations clés (PS, UDI, HSH) et populations vulnérables (Miniers, routiers, hommes en uniforme, populations carcérales, pêcheurs) ont des comportements à moindre risque d'ici 2022	
	1.2-90% des PVVIH connaissent leur statut sérologique et sont référés vers les services de soins/traitement	
	1.3-la transmission sanguine du VIH est éliminée (risque=0%) pendant la période 2018-2022	
	1.4- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins de 5%	
	1.5-70% des femmes et jeunes filles victimes de VSBG pendant la période 2018-2022 ont bénéficié d'une prise en charge holistique (santé, juridique et psychologique)	
Priorité -2	Réduire de manière très significative la mortalité chez les PVVIH	
	Impact-2	D'ici à fin 2022, La mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 62%
	Effets	

2.1-75% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité d'ici à 2022
2.2-Le taux de décès chez les patients coïnfectés TB/VIH est réduit de 70% d'ici à fin 2022
2.3-90% des PVVIH sous ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois en 2022
2.4-Au moins 90% des adultes de 15-49 ans, y compris les prestataires de soins et de services ont des attitudes de non- stigmatisation et non- discrimination à l'égard des PVVIH d'ici à fin 2022

Priorité -3	Renforcer la gouvernance et la résilience de la riposte au sida pour des meilleures réponses locales et pour la disponibilité de l'information stratégique
	Les systèmes de gestion, de suivi évaluation, de coordination et de gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2022
Impact-3	Effets
	3.1-D'ici à fin 2022, le taux d'exécution financière du PSN est supérieur à 80%
	3.2-Le secteur communautaire et le secteur privé disposent des capacités managériales, techniques et opérationnelles pour assurer au moins 80% de la réponse dans leur secteur d'ici à fin 2022
	3.3-Durant la période 2018- 2022, le système national de suivi évaluation de la riposte est à même de produire tous les données et indicateurs avec une qualité, une complétude et une promptitude supérieure à 95%
	3.4-Entre 2018-2022, la gouvernance du CNLS assure une multisectorialité et une redevabilité optimales

Les interventions qui seront mises en œuvre visent à faire en sorte que :

Les capacités et la fonctionnalité du système de santé permettent :

- D'éliminer les nouvelles infections chez les enfants
- D'éliminer les infections imputables à la transfusion sanguine et aux AES
- De mettre en œuvre la stratégie « dépister et traiter »
- De traiter 90% des PVVIH dépistées
- D'assurer la suppression virale chez les PVVIH
- D'assurer un approvisionnement adéquat en intrants et une bonne logistique des intrants

Les réponses communautaires et sectorielles permettent :

- De réduire des nouvelles infections dans la population générale et chez les populations clés
- De dépister 90% des personnes séropositives
- De réduire la stigmatisation discrimination
- De lutter efficacement contre les violences sexuelles et prendre en compte le genre
- D'offrir un soutien adéquat au programme de traitement ARV
- De contribuer à réaliser une génération sans sida chez les enfants

Le système de suivi-évaluation en place :

- Répond aux principes du « Tree Ones » et est conforme aux 12 composantes
- Permet de capter toutes les informations avec qualité et promptitude
- Produire l'information stratégique nécessaire et de soutenir son utilisation optimale

La gouvernance de la réponse nationale, sectorielle et décentralisée permet :

- De développer une réponse multisectorielle, inclusive, harmonieuse et complète
- De mobiliser efficacement les ressources financières nécessaires
- D'assurer une bonne redevabilité

La mise en œuvre des stratégies sectorielles de lutte contre les IST et le VIH/sida sur la période 2018-2022 sera organisée selon une approche basée sur la multisectorialité et la décentralisation autour d'un cadre institutionnel impliquant les différents acteurs de la riposte nationale. Les impacts attendus des interventions, au nombre de trois, sont les suivants :

- Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici à fin 2022
- D'ici à fin 2022, La mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 62%
- Les systèmes de gestion, de suivi évaluation, de coordination et de gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2022

La coordination globale de la mise en œuvre sera assurée par le Secrétariat exécutif du CNLS avec l'appui de ses entités décentralisées. Le suivi et la capitalisation des interventions et des résultats seront basés principalement sur le DHIS2 et auront pour cadre de référence, les 12 composantes d'un système de suivi et évaluation fonctionnel recommandées au niveau international.

Le coût total requis pour la mise en œuvre du CSN 2018-2022 est **246 935 749 USD** réparti comme suit :

	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Prévention	13 485 584	14 661 905	15 664 578	18 375 443	19 316 880	81 504 391
Populations clés	960 496	941 749	1 231 682	1 244 633	1 531 795	5 910 354
Populations vulnérables	8 204 511	8 254 534	8 857 043	9 486 236	9 659 123	44 461 447
Prestation de services	4 246 715	5 388 171	5 501 991	6 456 877	7 338 265	28 932 019
Soins de santé	73 862	77 451	73 862	1 187 698	787 698	2 200 571
Services de soin et de traitement	18 951 119	23 001 216	26 564 211	27 839 746	29 197 374	125 553 665
Politique, admin., recherche, suivi et évaluation	4 677 664	7 333 511	9 599 245	8 594 867	9 672 406	39 877 694
Total Unité de USD	37 114 367	44 996 632	51 828 034	54 810 057	58 186 659	246 935 749

Le financement sera assuré par les ressources financières internes (État, collectivités, secteur privé, ménages) et par la contribution des partenaires techniques et financiers. La mise en œuvre et l'atteinte des résultats escomptés est tributaire de la maîtrise des risques et de la hauteur de la mobilisation des ressources financières. Aussi, un plan de gestion des risques dans le présent CSN et il est envisagé une Table ronde de mobilisation des ressources et des mesures robustes pour assurer la mobilisation effective des promesses de financements ainsi que la mise à contribution de financements innovants.

Introduction

Malgré les progrès importants enregistrés au cours de la décennie passée, la pandémie de l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humain (VIH) reste une préoccupation sanitaire majeure au niveau mondial, surtout dans les pays d'Afrique sub-saharienne qui sont les plus concernés par ce fléau. En effet, dans cette partie du monde, les indicateurs suivants montrent la lourdeur du fardeau de l'épidémie : 9% de la mortalité maternelle imputable au VIH, 91 % des enfants infectés par le VIH du fait de la transmission mère-enfant (TME), 92 % des décès des enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH [1].

En Guinée, l'épidémie du VIH est de type généralisé. Elle est de 1,7% au sein de la population générale en fin 2016 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%). La prévalence du VIH parmi les groupes soit de 10,7% en 2017 chez les professionnels de sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (11,4% en 2017). De toute évidence, les nouvelles infections ont baissé au niveau national ; cependant, selon les estimations par EPP-SPECTRUM, les nouvelles infections chez les enfants sont en forte progression depuis 2014. La transmission verticale du VIH occupe une place importante dans ces nouvelles infections bien plus que les populations clés. Les couples hétérosexuels dits « stables » contribuent pour près de 20% aux nouvelles infections.

C'est pour faire face à cette situation que le Comité National de Lutte contre le sida (CNLS) s'est engagé dans un processus de révision de son Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH 2013-2017. Cette adaptation de la réponse au VIH pour la période 2018-2022 s'inscrit dans la perspective de la fin de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030.

Forte de cette ambition mondiale, la Guinée orientera sa riposte au sida vers le : i) le renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST ; ii) l'intensification de la prise en charge globale et; iii) le renforcement de la gouvernance et du leadership. Le présent document décrit le processus d'élaboration du CSN 2018-2022, le contexte et les informations qui ont orienté son élaboration ainsi que le contenu principal, comprenant entre autres : les cibles prioritaires, les priorités d'intervention, les impacts et effets attendus, les principales interventions à développer, les modalités de mise en œuvre, de coordination, de suivi-évaluation ainsi que le budget requis et le gap de financement.

Le présent Cadre Stratégique National s'articule sur : (i) le contexte national ; (ii) le résumé de la situation épidémiologique et de la réponse au VIH, (iii) le contenu principal du Cadre Stratégique National 2018 – 2022 ; (iv) la mise en œuvre du Cadre stratégique national 2018-2022 ; (v) le suivi et évaluation du Cadre Stratégique National 2018-2022.

PROCESSUS D'ELABORATION DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL

L'élaboration du CSN s'est déroulée sur la base des recommandations de la réunion du Comité multisectoriel à travers une approche la plus participative possible, en mesure de garantir un plus haut degré d'appropriation par tous les acteurs. Le processus a impliqué les secteurs ministériels, la société civile, de même que les représentants d'organisations de PVVIH, de femmes et de jeunes, de la population clé et des partenaires techniques et financiers.

Le Secrétariat Exécutif du CNLS a coordonné l'ensemble du processus d'élaboration du Cadre Stratégique National 2018 - 2022, de sa planification à sa validation, avec l'appui du Ministère de la Santé, le système des Nations Unies et des partenaires de développement. Ce processus s'est déroulé en six phases comme suit :

Tableau 1 : Synthèse du processus d'élaboration du CSN 2018-2022

Phases	Activités/ périodes
Phase préparatoire	Activités organisationnelles <ul style="list-style-type: none"> Élaboration/ validation des termes de référence Élaboration de la feuille de route du processus Mise en place de de l'équipe nationale de revue et de planification et de la mise en place d'un comité de pilotage. Revue interne <ul style="list-style-type: none"> Élaboration des TDR de la revue Constitution des groupes Analyse documentaire et travaux thématiques Synthèse des résultats et consolidation du rapport de revue interne
Phase de visite des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> Visites aux partenaires techniques et financiers, aux réseaux et associations des PVVIH, aux populations clés pour recueillir leurs avis sur la mise en œuvre, les défis et leurs attentes pour la suite du processus et de la riposte au sida
Revue documentaire	<ul style="list-style-type: none"> Collecte et analyse des documents existants Collecte et analyse des rapports des études et recherches Analyse du profil et de la cascade de l'épidémie Analyse de la réponse au VIH Rédaction du rapport provisoire de la revue de l'analyse de situation et de la réponse
Validation de la revue de la mise en œuvre du CSN 2013-2017	<ul style="list-style-type: none"> Tenu du 3 au 4 novembre 2017 avec 40 cadres représentants des acteurs clés de mise en œuvre du CSN Présentation des r résultats, plénières, synthèse et finalisation du rapport de la revue externe
Planification de l'élaboration du CSN 2018-2022	<ul style="list-style-type: none"> Atelier de 10 jours (du 13 au 22 novembre 2017) Participation de 45 cadres représentants des acteurs gouvernementaux, composante privée, société civile, organisations des PVVIH, partenaires internationaux, multilatéraux et bilatéraux et des consultants Présentation des orientations au comité multisectoriel de pilotage créé au sein du CNLS et prise en compte de leurs suggestions progressivement
Phase de validation	<ul style="list-style-type: none"> Processus soutenu par UNFPA, OMS, ONUSIDA, Fonds mondial Organisation d'un second atelier de plus de 60 personnes avec la participation active du secteur public, de la société civile, des partenaires techniques et financiers, des Personnes vivant avec le VIH et des populations clés a été notée Révision finale participative et inclusive pour prendre en compte la santé communautaire, le plan directeur de biologie médicale ainsi que les nouvelles orientations sur le dépistage et la prise en charge

1. CONTEXTE NATIONAL

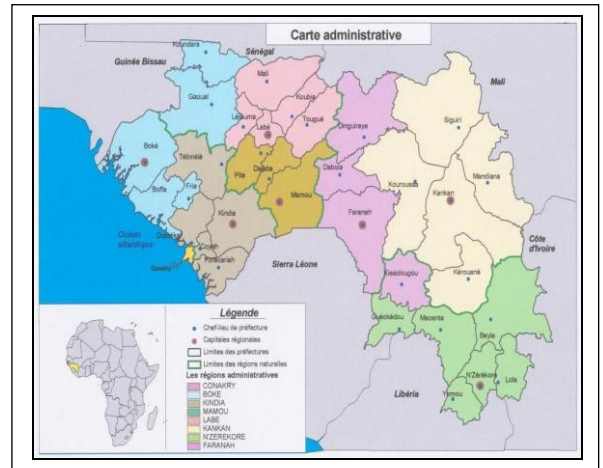
1.1. Présentation du pays et contexte administratif

La République de Guinée, située en Afrique de l'Ouest entre les 7° et 12° de latitude nord et 8° et 15° de longitude ouest, bordée d'une façade maritime de 300 km sur l'Océan Atlantique, s'étend sur 800 km d'est en ouest et 500 km du nord au sud. Elle est délimitée au nord-ouest par la Guinée Bissau, au nord par le Sénégal et le Mali, à l'est par le Mali et la Côte d'Ivoire, au sud par le Libéria et la Sierra Léone, et à l'ouest par l'Océan Atlantique.

Dotée d'un climat de type tropical avec alternance de saison sèche (de novembre à avril) et de saison pluvieuse (de mai à octobre), variable selon l'altitude et la région, elle possède l'un des réseaux hydrographiques les plus denses de la sous-région. D'une superficie totale de 245.857km², la Guinée est divisée en quatre régions naturelles : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière.

Figure 1 : Carte administrative de la Guinée

Au plan politique, la Guinée s'est engagée dans un processus démocratique qui garantit les libertés et les droits fondamentaux dont le droit à la santé. La Guinée compte 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 304 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1 615 districts ruraux. La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur le découpage administratif et comprend 8 régions et 38 districts sanitaires.



La population guinéenne était estimée à 10 599 853 habitants en 2014 dont 51,7% de femmes et 48,3% d'hommes, avec une densité de 43 habitants au km². Ces chiffres cachent une inégale répartition de la population sur le territoire, avec 2/3 vivant en zone rurale contre 1/3 en zone urbaine, et plus de la moitié de la population urbaine dans la seule ville de Conakry. Il existe de fortes disparités régionales avec 20,4 % de la population totale en Basse Guinée, 22,9% en Moyenne Guinée, 19,7% en Haute Guinée, 21,7% en Guinée Forestière et 15,3% dans la zone spéciale de Conakry.

Cette population est majoritairement jeune avec 46% âgés de moins de 15 ans¹, le taux de fécondité des adolescentes de 15-19 est de 133/1000. Les enfants de 0-5 ans représentent 16 % et les moins de 18 ans, 52,1 %. Avec un indice synthétique de fécondité de 4,8 enfants par femme, la Guinée est l'un des pays à croissance élevée de la région avec un taux d'accroissement naturel de 2,3 % par an. Un taux de fécondité élevé est observé chez les adolescents jeunes, adolescents 15-19 ans ayant eu un enfant avant 15 ans, les adolescentes de 15-19 ans enceintes 4,1%, celles ayant commencé leur vie féconde 31%². (MICS 2016)

Sur la base d'un taux de croissance de 2,6% l'an, la situation de la population se projeterait comme suit :

Tableau 2 : Projection de la population guinéenne par région administrative

Localité	2014			2018	2019	2020	2021	2022
	Masculin	Féminin	Total					
Boké	531 073	561 220	1 092 293	1 210 399	1 241 869	1 274 158	1 307 286	1 341 276
Conakry	840 402	834 666	1 675 068	1 856 188	1 904 449	1 953 964	2 004 767	2 056 891
Faranah	454 385	495 205	949 590	1 052 266	1 079 625	1 107 695	1 136 495	1 166 044
Kankan	981 417	997 621	1 979 038	2 193 025	2 250 044	2 308 545	2 368 567	2 430 150
Kindia	754 300	819 391	1 573 691	1 743 849	1 789 189	1 835 708	1 883 437	1 932 406
Labé	450 867	550 526	1 001 393	1 109 670	1 138 522	1 168 123	1 198 495	1 229 655
Mamou	334 303	402 761	737 064	816 760	837 996	859 784	882 138	905 074
N'Zérékoré	768 621	823 095	1 591 716	1 763 823	1 809 682	1 856 734	1 905 009	1 954 540
Total global	5 115 368	5 484 485	10 599 853	11 745 981	12 051 376	12 364 712	12 686 195	13 016 036

¹Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Guinée 2012

²Enquête MICS Palu 2016

1.2. Situation socio-économique

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. La croissance économique est estimée à 3,9%, soit le même niveau qu'en 2011, impulsée principalement par l'augmentation de la production agricole et de la bonne tenue du secteur secondaire. Les recettes fiscales exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) ont augmenté de 16,8% à 19,8%, grâce à l'accroissement des recettes sur les produits pétroliers et des recettes sur le commerce international. En 2014, elle a occupé le rang de 179^{ème}/186 pays avec un indice de développement humain durable (IDH) à 0,41 (valeur la plus élevée depuis 2005)³

Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le budget national est en baisse depuis plusieurs années. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation sont passées de 18,9% du budget total en 2010 à 13,5% en 2011 et 10,2% en 2012. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012 pour atteindre 8,5 % en 2016⁴. Le Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS), en hausse, est passé de 78,3% en 2009/2010 à 81% en 2012 pour atteindre 90% en 2016, et celui des filles de 73,5% à 86 %⁵. Le taux brut pour la fréquentation secondaire est de 42 % au niveau national et 34 % pour les filles. Selon l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation est de 34,5% avec une disparité remarquable entre les hommes (49,9%) et les femmes (21,5%)⁶.

1.3. Situation sanitaire du pays

En termes d'organisation, on note que le système de santé est de type pyramidal à trois niveaux avec des services centraux et des services déconcentrés.

- Le niveau central est constitué par le cabinet du Ministre de la Santé, le Secrétariat Général de la Santé, les directions centrales, et les structures sous tutelle. C'est le niveau stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources.
- Le niveau intermédiaire ou régional, représenté par les 8 régions sanitaires, relevant du Secrétariat Général à la Santé, administrées chacune par un Directeur Régional de la Santé (DRS) et son équipe cadre, joue un rôle d'appui technique aux districts sanitaires dans la transmission des informations, l'adaptation des normes nationales aux conditions locales et la supervision.
- Le niveau périphérique, représenté par les 38 districts sanitaires, unités opérationnelles de planification et de mise en œuvre des plans, administrés chacun par un Directeur Préfectoral/Communal de la Santé (DPS/DCS) et son équipe cadre de district. Il coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités des programmes de santé dans les formations sanitaires de la zone de responsabilité en application des directives régionales et nationales.

L'organisation fonctionnelle du système de santé ou l'offre des soins repose sur les structures opérationnelles que constituent les formations sanitaires, réparties selon leur statut juridique en 4 sous-secteurs (public, parapublic, privé et communautaire) ainsi que selon leur paquet d'activités par niveau et par type.

- Le sous-secteur public dispose de :
 - Au niveau central : 3 hôpitaux nationaux (Donka, Ignace Deen et Kipé) dont les 2 premiers constituent le CHU de Conakry ;
 - Au niveau intermédiaire : 7 hôpitaux régionaux ;
 - Au niveau périphérique ou opérationnel : 26 hôpitaux préfectoraux, 7 centres médicaux de commune (CMC) dont 5 à Conakry, 410 centres de santé et 925 postes de santé.

³ <https://fr.actualitix.com/pays/gin/guinee-indice-de-developpement-humain.php>

⁴DSRP III Guinée 2012

⁵Enquête MICS Palu 2016

⁶Ministère du Plan, Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) 2008

- Le sous-secteur parapublic dispose de 3 hôpitaux d'entreprises minières (CBG, Friguia, SAG, 8 dispensaires (SMD, CBK, Rio Tinto, CBG Conakry, CBG Sangarédi, Kiniéro, GAC et Débélé) et agricole (SOGUIPAH).
- Le sous-secteur privé est constitué du privé lucratif et du privé non lucratif (ONG et confessions religieuses). Le secteur privé médical compte 10 polycliniques, 25 cliniques, 3 hôpitaux d'entreprise, 254 cabinets de consultation, 18 cabinets dentaires, 15 cabinets de sage-femme, 148 cabinets de soins infirmiers et 5 centres de santé associatifs ou confessionnels⁷.
- Le sous-secteur communautaire est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et de prestataires de la médecine traditionnelle.

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de la morbidité et de la mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique, les maladies évitables par la vaccination. Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance.

La prévalence du paludisme reste encore élevée avec une prévalence de la parasitémie chez 15% des enfants⁸. Cette pathologie représente 40,82% des consultations et 45,30% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers sont dues au paludisme grave. C'est la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

La prévalence de la tuberculose de 178 TPM+ pour 100.000 habitants reste encore élevée avec sa double charge de coïnfection avec le VIH/sida.

Les données sont tirées de l'Enquête par grappes à indicateurs multiples avec volet renforcé sur le paludisme (MICS-Palu, 2016)

Tableau 3 : Situation des principaux indicateurs sanitaires

Indicateurs	Valeur (en %)	
Indice synthétique de fécondité	4,8	
Grossesse précoce	36,9	
Accouchements attendus	36,9	
Taux de mortalité infanto-juvénile	88	
Taux brut de mortalité néonatale (ODD 3.2.2)	20	
Taux de mortalité post néonatale	24	
Taux de mortalité infantile (ODD 3.2.1)	44	
Taux de mortalité des enfants moins de cinq ans	95	
Taux de mortalité maternelle (ODD 3.1.1)	550	
Prévalence retard croissance (ODD 2.2.1)	Modéré et grave	32,4
	Sévère	14,6
Allaitement exclusive des moins de 6 mois	35,2	
Couverture des soins prénatals	50,6	
Accouchement en institution	57,2	
Incidence de la tuberculose (nombre de TPM+ pour 100 000 habitants)	178	
Incidence du paludisme (parasitémie chez les enfants)	15%	
Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois	30,1	
Besoins non satisfaits en PF	27,6	
Prévalence de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) chez les femmes	96,8	
Prévalence de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) chez les filles	45,3	

Les réformes engagées dans le secteur de la santé et les initiatives du Gouvernement soutenues par les partenaires techniques et financiers ont produit des résultats probants sur le système de santé. L'environnement institutionnel est devenu robuste, mieux cohérent et décentralisé. En dépit de ces efforts, le système de santé rencontre quelques difficultés et présente des insuffisances structurelles, organisationnelles et fonctionnelles.

⁷Plan de développement des Ressources Humaines de santé, 2013

⁸EDS 2012

Aussi, assiste-t-on à :

- ⇒ *Une décentralisation avancée mais insuffisante pour réduire la barrière géographique à l'accès aux services de santé : 71% (27 sur 38 des districts) ont une accessibilité géographique inférieure à 50%*
- ⇒ *Une densification des plateformes de santé mais insuffisance pour garantir une fonctionnalité totale des entités.* Ainsi, le niveau de fonctionnalité des districts sanitaires est de 51, 6% au niveau national. 26,3% (10 sur 38) des districts sanitaires ont un niveau de fonctionnalité inférieure à 50% (Télimélé, Dubréka, Kindia, Lola, Boffa, Koundara, Forécariah, Macenta, Dixinn, Pita). 26,3% (10 sur 38) des antennes chirurgicales ont un niveau de fonctionnalité inférieure à 50% (Kaloum, Dixinn, Matoto, Ratoma, Matam, Boffa, Coyah, Kouroussa, Kérouané, Mandiana)
- ⇒ *Un système d'information sanitaire en cours de modernisation* en s'appuyant sur les TIC à travers le DHIS2, ce qui offre une opportunité de prendre en compte de nouveaux indicateurs notamment ceux liés à la santé communautaire
- ⇒ *Un système d'approvisionnement et de distribution des produits* présentant des insuffisances structurelles et fonctionnelles avec cependant une mise en place progressive d'un système informatisé de gestion logistique (SIGL) et une plus grande attention de la part de l'État et des partenaires
- ⇒ *Des ressources humaines qui se densifient mais restent globalement insuffisantes et inégalement réparties* sur l'ensemble du territoire. En effet, l'effectif des agents de santé s'élève à 11.527 personnes dont 51 % de femmes et 49% d'hommes. Ce personnel, inégalement réparti sur le territoire national avec 55,2 % à Conakry, souffre d'un vieillissement alarmant avec plus de la moitié (65%) âgée d'au moins 45 ans, posant un problème de renouvellement. Notons que 3600 personnels de la santé ont été recrutés au cours de l'année 2016.

Tableau 4 : Situation des ressources humaines de la santé en 2014

Catégories de personnel	Année	Valeur	Sources et commentaires
ATS	2014	4/10000	Rapport du recensement biométrique des RHS des secteurs public et privé de 2014 a dénombré 11 527 - ATS = 4265 (37%) - Infirmiers d'État= 1499 (13%) - Sages-femmes = 461 (4%) - Techniciens de laboratoire=173 (1,5%) - Médecins généralistes= 1384 (12%) - Médecins spécialistes= 460 (4%) - Autres personnels = 3286 (28,5%)
Sages- femmes	2014	1,4/10000	
Infirmiers d'État	2014	1,4/10000	
Techniciens de laboratoire	2014	0,5/10000	
Médecins généralistes	2014	1,3/10000	
Médecins (spécialistes et généralistes)	2014	1,8/10000	

- ⇒ *Un financement de la santé en constante augmentation mais dépendante de l'aide extérieure*
- ⇒ *Une participation communautaire souhaitée, mais insuffisante pour garantir une meilleure redevabilité et une responsabilité des communautés.*

2. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DE LA RÉPONSE AU VIH

2.1. Analyse de la situation épidémiologique du VIH/sida

2.1.1. Evolution de l'épidémie du VIH dans la population générale

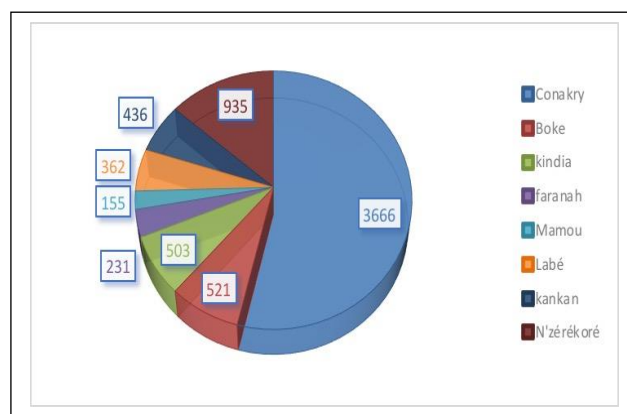
L'épidémie est de type généralisé avec une prévalence du VIH au sein de la population de 15-49 ans qui est de 1,7% en 2012 (EDS-MICS 2012) et à 1,5% en fin 2016 par l'ONUSIDA. L'incidence du VIH (tout âge confondu pour 1000 habitants est de 0.67 [0.50 - 0.89].

Tableau 5 : Situation des statistiques sur le VIH en 2016

	Prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15-49 ans	Nombre d'adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Décès liés au sida chez les adultes et les enfants
Global	1.5 [1.2 - 1.8]	120 000 [100 000 - 150 000]	8300 [6200 - 11 000]	5800 [4600 - 7100]
Adultes 15 ans et plus		110 000 [93 000 - 140 000]	7000 [5100 - 9400]	5000 [4000 - 6200]
Femmes de 15 ans et plus		68 000 [56 000 - 81 000]	3900 [2900 - 5300]	2500 [2000 - 3000]
Hommes de 15 ans et plus		46 000 [37 000 - 54 000]	3100 [2200 - 4100]	2500 [2000 - 3100]
Enfants de 0-14 ans		10 000 [7600 - 12 000]	1300 [<1000 - 1800]	<1000 [<1000 - 1100]
Femmes de 15-49 ans	1.9 [1.5 - 2.3]			
Hommes de 15-49 ans	1.1 [0.9 - 1.3]			
Jeunes filles	1.0 [0.4 - 1.6]			
Jeunes garçons	0.4 [0.2 - 0.7]			

Graphique 1 : Distribution des tests VIH positif au 1er semestre 2017

Il existe de grandes disparités de la prévalence du VIH au niveau des régions. L'enquête la plus récente illustrant cette situation est EDS-MICS 2012 qui a donné les résultats suivants : Conakry : 2,7%, Boké 1,6%, Kindia 1,0%, Mamou 1,7%, Labé 1,6%, Faranah 1,4%, Kankan 1,6% et N'Zérékoré, 1,7%. En milieu rural la prévalence était de 1,2% contre 2,7% en milieu urbain, tandis que chez les hommes et les femmes elle est respectivement de 1,2% et 2,1%.

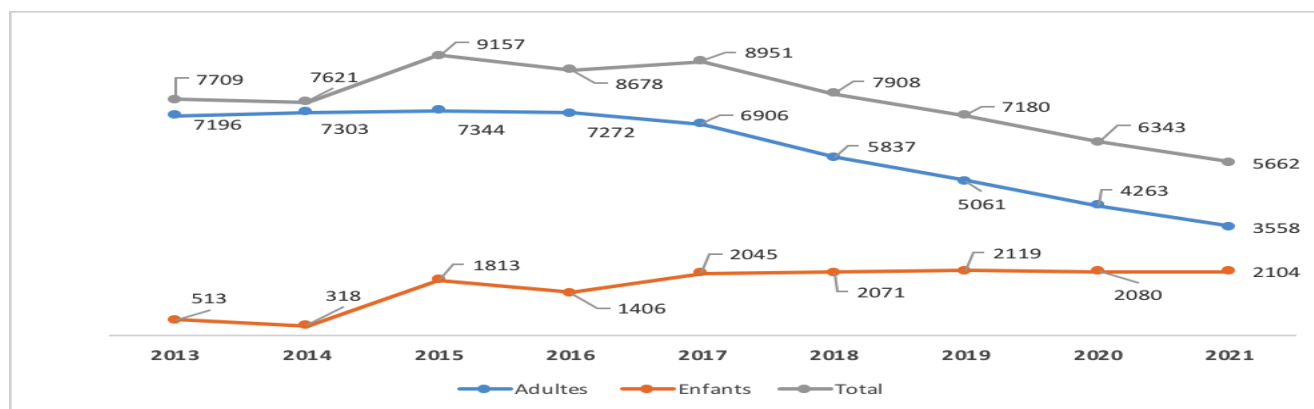


L'analyse de la séropositivité en 2017 dans les bases de données programmatiques suggère une attention toute particulière dans les régions de Faranah, N'Zérékoré et Boké. Au cours du premier semestre 2017, la séropositivité est de 14,5% (15094/103925); elle est en dépistage préventif de 6,7% (2578/38193) et à visée diagnostique de 19,04% (12516/65732).

❖ Nouvelles infections et modes de transmission

Selon les estimations d'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 avec la mise en œuvre effective des mesures envisagées. Les résultats de la modélisation montrent une légère baisse des nouvelles infections entre 2014 et 2021 chez les adultes.

Graphique 2 : Modélisation de l'évolution des nouvelles infections à VIH



La contribution des groupes de populations aux nouvelles infections restent variable. Bien que datant de 2012, l'analyse des modes de transmission (MoT) selon la méthodologie proposée par l'ONUSIDA indique la contribution aux nouvelles infections est dominée par :

- Les couples hétérosexuels dits « stables » = 20%
- La transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant = 19,9%
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes = 10-20%
- Les professionnels du sexe = 6-7%
- Les utilisateurs de drogue injectable (UDI) <5%

❖ **Prévalence du VIH chez les donneurs de sang**

L'épidémie d'Ébola de 2015 avait engendré une méfiance légitime vis-à-vis des fluides biologiques aussi bien dans la population qu'auprès des professionnels de santé. Par exemple à N'Zérékoré, le don de sang était devenu difficile avec une inadéquation entre l'offre et la demande au niveau de l'hôpital régional. En l'absence de stock de sang, tout se limitait au don direct dans les situations d'urgence rendant ainsi inefficace la réponse aux urgences transfusionnelles à l'hôpital en général et en pédiatrie en particulier. En 2015, dans ce contexte, 2071 donneurs ont été testés avec une positivité au VIH de 4,1 %. En 2017, la prévalence est deux (2) fois plus élevée chez les donneurs de sang (3,15%) que dans la population générale (1,7%).

❖ **Coinfection TB/VIH et coinfection hépatite/VIH**

L'incidence de la tuberculose (nombre de TPM+ pour 100 000 habitants) est estimée à 178 en 2016. Dans le rapport 2016 de l'OMS, la prévalence de la TB chez les patients VIH est estimée à 24%. 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.

En ce qui concerne la coinfection TB/VIH, elle demeure importante et est estimée à 15% (séroprévalence à Donka Dermatologie de 2006-2007). Devant les difficultés de diagnostic et de prise en charge des patients, la PEC de la coinfection Hépatites/VIH a été intégrée dans les activités prioritaires du PNLSH et la mise en œuvre du plan d'action de la PEC Hépatites/VIH permettra, entre autres, de renforcer les capacités de personnels pour une meilleure PEC des coinfections.

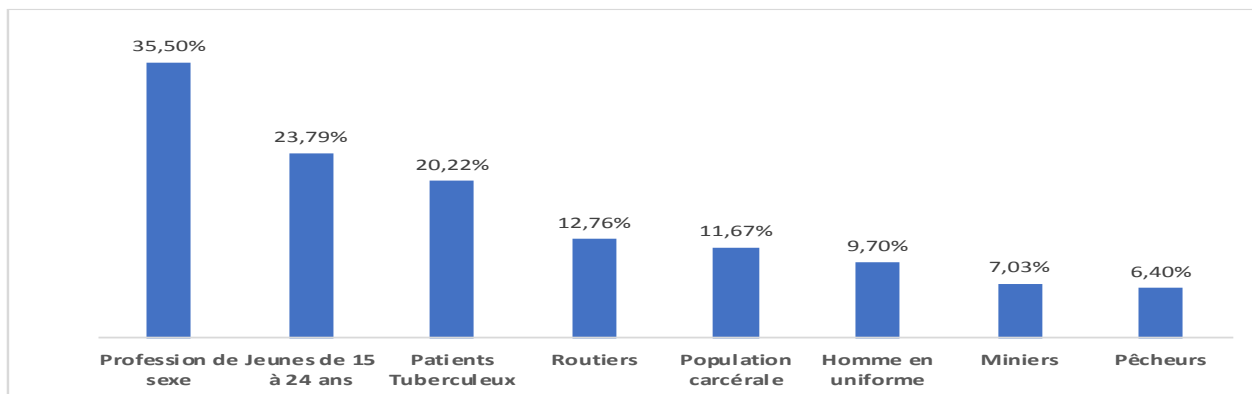
❖ **Les infections Sexuellement Transmissibles (IST)**

L'analyse de l'ESCOMB 2017 montre que la prévalence des IST est plus élevée chez les professionnelles de sexe (21%, 221/1070), suivies par les jeunes de 15-24 ans (12,7%, 405/3194 avec 77 non classé p=0,000). La prévalence élevée des IST chez les professionnelles de sexe et

les jeunes peut être liée à la fréquence des rapports sexuels (PS) et/ou non-respect des précautions de prévention des IST (jeunes adolescents qui ont récemment débuté les activités sexuelles).

La prévalence des IST chez les jeunes est plus élevée à Nzérékoré, Labé, Boké et Mamou avec des proportions respectives de 21,7%, 15,7%, 14,1% et 11,3%. Chez les professionnelles de sexe, cette prévalence varie de 13% (Boké) à 44% (Conakry). Cette prévalence est très élevée chez les hommes en uniforme âgés de 15 à 24 ans (50%).

Graphique 3 : Prévalence des IST au cours des 12 derniers mois ESCOMB 2015



2.1.2. Les populations clés les plus exposées

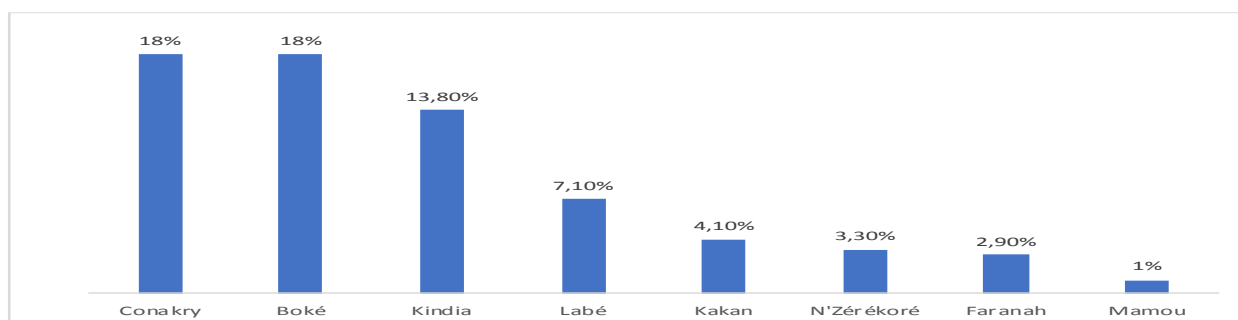
❖ Professionnelles de Sexe (PS)

Suivant la taille estimée de la population, 14 728 PS (2017) et la prévalence du Virus dans ce groupe (10,7%), 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.

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.

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 2015, passant de 88% à 94% en 2017 et pourtant seuls 36,28% des PS en 2015 contre 53% en 2012 sont atteintes par les programmes de prévention [ESCOMB 2015 et 2017].

Graphique 4 : Prévalence du VIH chez les professionnels de sexe par région (ESCOMB 2015)



❖ Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes

Suivant la taille estimée de la population, 1423 HSH (2017)¹² 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 connaissaient déjà leur statut PVVIH.

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. Toute fois 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 à 24 ans).

La proportion des HSH âgés de 18-24 ans qui utilisent systématiquement le 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 touchés, 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.

2.1.3. Les populations vulnérables

Tableau 6 : Caractéristiques de l'épidémie du VIH chez les populations vulnérables

Groupes de populations	Caractéristiques /données essentielles
Jeunes (15-24 ans)	Prévalence = 0,7% dont 1% chez les filles et 0,4% chez les garçons (ratio=2,5)
Femmes enceintes	Prévalence= 3,56% en 2015 (ENSS) contre 3,7% en 2013 et 3% en 2014
Miniers	Prévalence = 1,4% en 2017
Pêcheurs	Prévalence = 3,8% en 2017 contre 4,6% en 2015 ;5,3% en 2012 et 5,6% en 2007
Militaires/les policiers	Prévalence = 3,5% en 2017 contre 4,5% en 2015 ; 5,6% en 2012 et 5,2% en 2007
Camionneurs	Prévalence = 2,3% en 2017 contre 4,2% en 2015 ; 5,4% en 2012 et 5,5% en 2007
Population carcérale	Prévalence = 2,5% en 2017 (ESCOMB) contre 8,5% en 2015 et 9,4% en 2012 (EDS)

L'enquête nationale sur les violences basées sur le genre (VBG) conduite en 2009 par le Ministère des Affaires Sociales avec l'appui de l'UNFPA, de l'UNICEF, du PNUD et de l'OMS indique que 50% des femmes interviewées ont indiqué avoir été victimes de violences sexuelles, 90 pour cent d'une forme de violence physique ou psychologique. Selon l'enquête, un pourcentage important d'hommes a aussi déclaré avoir été victime de violence sexuelle une fois dans leur vie (47 pour cent en Guinée Forestière). Une autre enquête réalisée en 2016 par une ONG de lutte contre les VBG (la COFFIG) a révélé que 63% des femmes sont victimes de mariages forcés, 85% de violences conjugales et 49% de violences sexuelles. Par ailleurs, l'Office de protection du genre, de l'enfance et des mœurs (OPROGEM), sous la tutelle du Ministère de la sécurité et de la protection civile indique, dans un document officiel, que l'année 2017 a battu le record en matière de violences basées sur le genre : 238 cas de viols dont 161 sur mineures ont été répertoriés, 173 cas de coups et blessures et 48 cas de maltraitance. Notons qu'en 2015, un guide d'assistance juridique et judiciaire des victimes de violences basées sur le genre a été élaboré par la coalition nationale de Guinée pour les droits et citoyenneté des femmes (CONAG_DCF).

2.2. Synthèse de l'analyse de la réponse

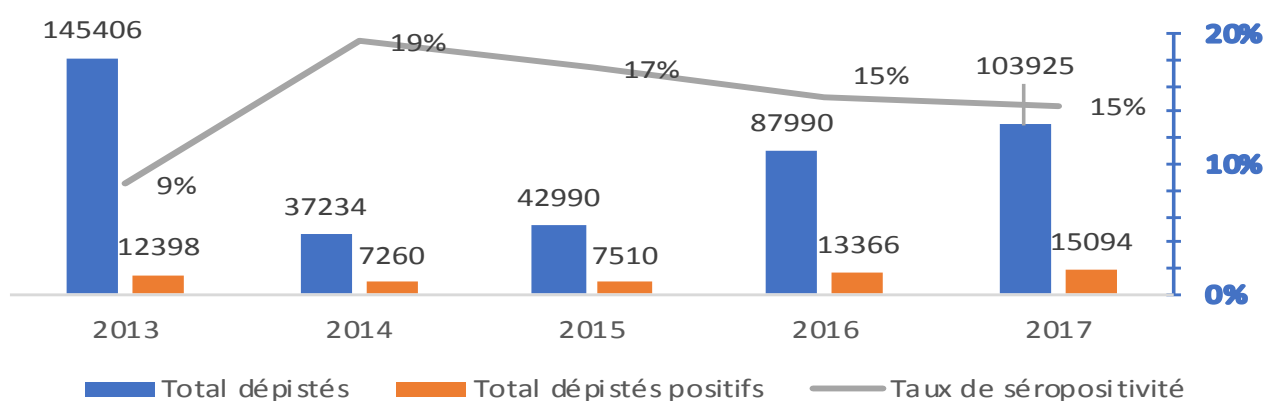
2.2.1. Réduction des nouvelles infections par le VIH

Les interventions développées au cours de 2013-2017 dans le cadre de la diminution de l'incidence de l'infection par le VIH parmi les populations les plus exposées ont permis d'obtenir les résultats ci-dessous

a. Le dépistage.

Durant la mise en œuvre du Cadre Stratégique National de lutte contre le sida 2013-2017 (CSN), l'offre de services de dépistage du VIH s'est accrue grâce à l'appui des acteurs aussi bien nationaux qu'internationaux. Les sites de dépistage sont passés de 101 sites en 2013 à 126 sites en 2016. Ce rythme d'accréditation de sites CDV semble ne pas être satisfaisant en comparaison avec le nombre de structures de soins que compte le pays⁹, soit une couverture de 7%. Les performances en matière de dépistage sont les suivantes :

Graphique 5 : Dépistage du VIH dans les CDV, Tendances sur la période 2013-2016



D'une année à l'autre, on observe des performances mitigées parfois en baisse du dépistage du VIH. Outre la couverture insuffisante, le dépistage fait face à des obstacles comme :

- La médicalisation du dépistage, ce qui implique une non-participation d'acteurs notamment communautaire dans l'offre de dépistage
- L'absence de document normatif incluant l'implication des acteurs communautaires
- La rupture en intrants associée à la faible fonctionnalité des services adaptés

Par ailleurs, l'analyse de la cascade indique une déperdition notable des personnes dépistées positives entre le dépistage et la mise sous traitement, ce qui questionne le dispositif de référence et de suivi/traçabilité des patients dépistés positifs.

DEFIS/ PRIORITES

- Accroître l'offre et la disponibilité des services de dépistage du VIH à travers l'implication des acteurs communautaires
- Assurer la performance du dépistage, notamment en termes de ciblage des populations clés et des enfants
- Réduire les déperditions des personnes dépistées positives dans la cascade de traitement

⁹ Le pays compte 1381 infrastructures publiques de soins, 24 structures parapubliques et 371 structures privées

b. Adoption des comportements à moindre risque par les populations clés face aux IST/VIH (PS, HSH) :

Au cours de la période 2013-2017, des interventions ont été menées en direction des populations clés. Elles ont permis de mettre en place un centre communautaire pour les HSH, un observatoire communautaire pour garantir l'accès aux services de santé et les droits des PVVIH et une clinique mobile pour le dépistage. Les principaux résultats obtenus sont les suivants :

- 92,80% de professionnelles de sexe indiquaient avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client (contre une cible de 85% en 2016)
- La proportion des PS qui connaissent leur statut sérologique au VIH est de 87%, l'objectif du CSN étant de 95% en 2016.
- Environ deux HSH sur cinq (38,6%) sont des homosexuels, contre 57,6% qui ont à la fois des partenaires sexuels masculins et féminins (bisexuels) constituant de ce fait une population passerelle entre les HSH et les hétérosexuels.
- Une proportion de 38,07% indiquaient avoir utilisé systématiquement un préservatif au cours des six (06) derniers mois lors d'un rapport anal. L'utilisation systématique du préservatif lors d'un rapport sexuel vaginal est de 33,7% au cours des six derniers mois précédent l'enquête.

En termes d'acquis, on peut citer la mise en place d'un réseau d'intervenants en faveur des populations clés dont les capacités ont été renforcées d'une part et d'autre part l'existence des textes juridiques sur la protection des droits humains relatifs au VIH/Sida (Ordonnance 056) qui contribue à améliorer le cadre juridique des interventions. L'une des innovations a été sans conteste la mise en place des services adaptés dans les « Maisons de jeunes » avec l'appui de l'UNFPA.

Cependant les insuffisances suivantes sont notées :

- Le faible rapportage et capitalisation des actions de prévention, notamment celles en faveur des jeunes.
- La faible fonctionnalité de l'observatoire, ce qui n'a pas permis de mettre à profit son potentiel pour améliorer davantage l'accès aux services de santé et les droits des PVVIH
- L'insuffisance de couverture en cliniques mobiles et centres communautaires pour les populations clés
- Le vide juridique sur la protection des populations clés

DEFIS/ PRIORITES	<ul style="list-style-type: none">• Accroître l'offre et la disponibilité des services adaptés en faveur des populations clés en stratégies fixe et mobile• Améliorer l'efficacité des stratégies notamment l'accès et l'utilisation des préservatifs• Maintenir un environnement favorable en réduisant la stigmatisation et la discrimination à la fois pour les populations clés et les intervenants en leur faveur
-----------------------------	--

c. Adoption des comportements à moindre risque par les populations usagers de drogues injectables (UDI) face aux IST/VIH

Les données et les activités programmatiques concernant cette population sont très parcellaires dû au fait que les interventions n'avaient pas été suffisamment structurées et coordonnées. Néanmoins, on note l'existence d'une analyse de la situation et une estimation de la taille des UDI, uniquement dans la ville de Conakry. La cartographie ne concerne pas l'ensemble du pays et il n'existe pas de données épidémiologiques relatives aux UDI.

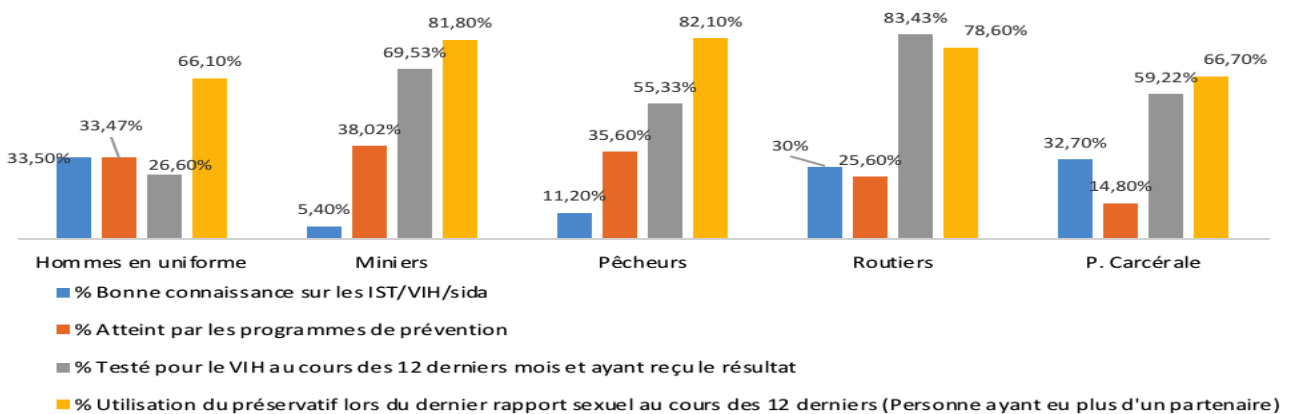
d. Adoption des comportements à moindre risque par les populations vulnérables

Pour la période 2013-2017, les populations vulnérables étaient constituées des routiers, des miniers, des hommes en uniforme, des populations carcérales et des pêcheurs qui étaient alors considérées comme des populations passerelles pour la propagation de la transmission du VIH et des IST.

D'après les résultats de l'ESCOMB 2015, les données comportementales se présentent comme suit : le niveau de connaissances sur les IST/VIH/sida est très bas. Le niveau de connaissance du statut sérologique est bas notamment au sein des hommes en uniforme (26,6%). Par contre, 70% des miniers connaissaient leur statut sérologique au VIH.

En ce qui concerne l'utilisation du préservatif, on note que 2/3 des personnes ayant eu plus d'un partenaire ont systématiquement utilisé le préservatif avec leur dernier partenaire. Les autres résultats sont consignés dans le graphique ci-dessous :

Graphique 6 : Données comportementales des populations vulnérables



En termes d'acquis, on peut noter l'existence d'outils de sensibilisation et de communication sur le VIH et les IST ; l'existence d'un tissu associatif constitué d'associations des PVVIH et des ONG de lutte contre le VIH intervenant dans la paire éducation, l'existence d'un réseau d'experts formés à la paire-éducation parmi les populations vulnérables (18 PE Routiers, 20 PE Hommes en Uniformes, 12 PE Pêcheurs et 32 PE Miniers), l'existence d'un réseau de distribution et de vente de préservatifs bien que les taux de couverture, de pénétration et de disponibilité du préservatif ne soient pas connus.

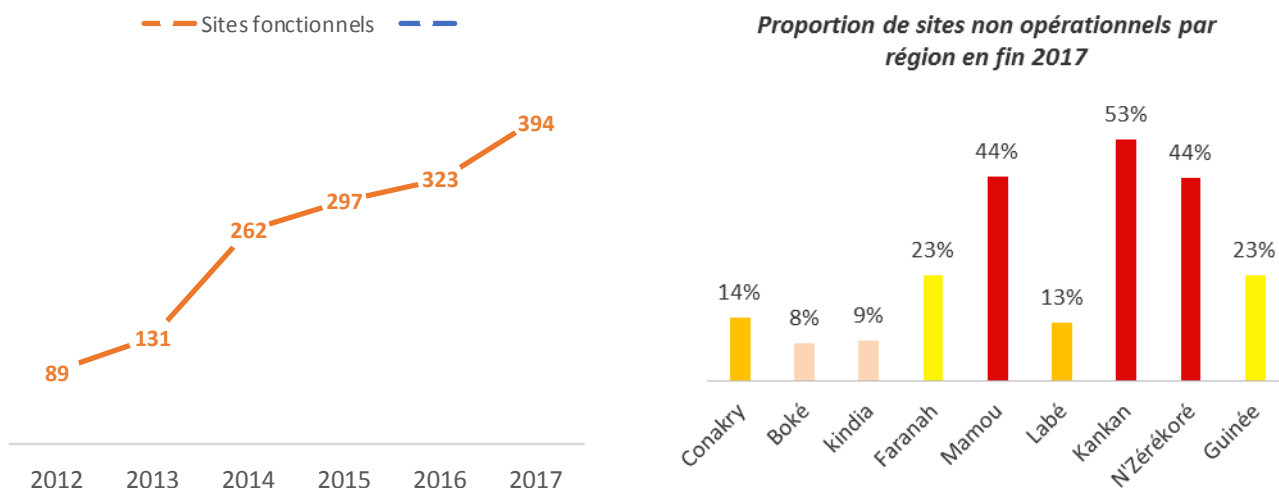
En dépit des interventions, on note une faible connaissance du VIH, le faible nombre touché par les interventions, une sous-utilisation systématique du préservatif ainsi qu'un faible taux de dépistage. Cela pourrait s'expliquer par le ralentissement des interventions du fait de l'insuffisance des ressources financières posant ainsi le questionnement de la pérennisation des interventions.

DEFIS/ PRIORITES	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître l'offre et la disponibilité des services conviviaux de prévention en faveur des populations vulnérables, notamment les adolescents/jeunes • Améliorer l'efficacité des stratégies notamment la sensibilisation et le dépistage, tout en maintenant l'accès et l'utilisation des préservatifs • Intégrer effectivement les activités de sensibilisation de dépistage dans le paquet de santé communautaire
-----------------------------	---

e. La réduction de la transmission du VIH parmi les enfants nés de mère séropositive

Le nombre de sites PTME est passé de 131 en 2013 à 323 en 2016, cependant, leur degré de fonctionnalité n'est pas optimal notamment dans les régions de Kankan, Mamou et N'Zérékoré. Cf. graphiques ci-dessous.

Graphique 7 : Évolution des sites PTME et fonctionnalité des sites en fin 2017



En référence aux données de 2015 et 2016, il apparaît que les femmes enceintes qui réalisent au moins une consultation prénatale représentent respectivement 42% et 54% pour les années 2015 et 2016. Ce qui signifie qu'une majeure partie des femmes enceintes n'ont pas l'opportunité de bénéficier d'un dépistage du VIH faute de ne pas avoir eu de contact avec une structure de santé durant la grossesse. En ce qui concerne l'offre du dépistage du VIH pour les femmes en CPN1, elle reste faible. L'évolution des principaux indicateurs PTME se présente comme suit :

Tableau 7 : Évolution des principaux indicateurs de la PTME

INDICATEURS	2013	2014	2015	2016	2017
Grossesses attendues	536 094	550 569	492 881	509 370	513 102
Effectif des femmes enceintes en CPN1	107 217	137 073	207 882	277 374	353 073
Nombre de femmes enceintes testées	64 521	75 584	150 947	182 869	224 812
Femmes testées ayant récupéré les résultats	63 329	64 139	124 261	177 774	223 594
Cibles du CSN (femmes enceintes testées et qui connaissent leurs résultats)	277 700	341 316	408 162	478 200	551 618
Estimation des femmes enceintes séropositives au VIH (Spectrum)	6 306	5 995	7 061	7 273	5 737
Estimation du nombre d'enfants nés de mères séropositives attendus (97%)	6 117	5 815	6 849	7 055	5 565
Effectif des femmes enceintes testées séropositives	2 391	2 010	1 997	2 887	3 110
Effectif des femmes enceintes sous ARV	3 921	3 961	1 774	2 887	2 424
Effectif des enfants nés de mères séropositives et sous ARV	1 093	1 214	2 037	2 584	394
Principaux indicateurs PTME					
Taux de fréquentation de la CPN1	20%	25%	42%	54%	69%
Pourcentage des femmes testées en CPN1 (attendu)	12%	14%	31%	36%	44%
Taux d'acceptation du dépistage	59%	47%	60%	64%	63%

Taux de réalisation de la cible du CSN	23%	19%	30%	37%	41%
Taux de séropositivité au VIH	3,71%	2,66%	1,32%	1,58%	1,38%
Taux de couverture ARV chez les femmes enceintes séropositives	62,18%	66,07%	25,12%	39,69%	42,25%
Taux de couverture ARV chez les enfants nés de mères séropositives	17,87%	20,88%	29,74%	36,63%	7,08%

En matière d'acquis, on peut noter l'existence de sites ayant intégré la PTME, l'existence d'un ensemble de documents normatifs (normes et procédures PTME, guide/normes de dépistage précoce des enfants) et l'adoption de l'option B+.

En dépit des progrès enregistrés en terme de décentralisation, de la délégation des tâches et du mentorat/coaching, les performances restent en deçà des attentes et on note une déperdition des femmes et des enfants exposés dans la cascade PTME. Cette situation s'expliquerait entre autres par :

- L'insuffisance de synergie et lien avec la SR
- L'insuffisance de personnel qualifié et compétent pour les différents services notamment pour la PCR
- La faible performance du dispositif de dépistage précoce
- Les difficultés d'approvisionnement des sites qui connaissent des ruptures en intrants
- La faiblesse du dispositif de rétention dans les sites PTME et de celle de référence qui n'offre une visibilité sur la continuité du traitement ARV et entraîne des déperditions et le non rattrapage des perdus de vue.

DEFIS/ PRIORITES	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître la couverture, la disponibilité et la qualité des services de PTME • Accroître l'accès et l'utilisation des services PF par les PVVIH • Améliorer l'efficacité des stratégies de mobilisation sociale pour l'utilisation des services PTME • Renforcer l'efficacité du dépistage précoce des enfants exposés • Maintenir les femmes et les enfants dans la cascade PTME et dans la continuité du traitement ARV
-----------------------------	---

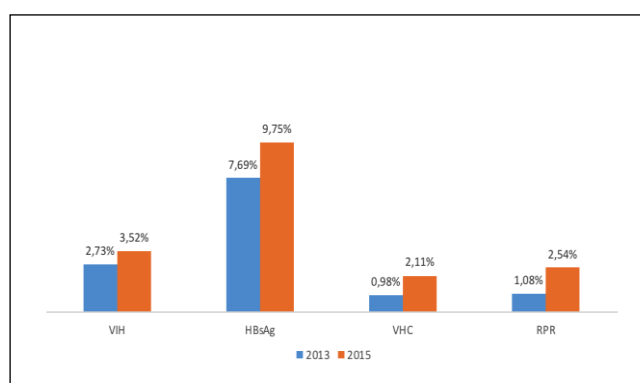
f. La mise en œuvre des mesures de précautions universelles par les structures sanitaires pour la sécurité transfusionnelle et les accidents d'exposition au sang/VIH

En Guinée, les normes nationales recommandent quatre marqueurs de dépistage afin d'assurer la sécurité transfusionnelle à savoir : VIH, HBsAg+, Anti-HCV et RPR. Le résultat du dépistage des marqueurs d'infections transmissibles par la transfusion (ITT) sur les dons de sang montre que les taux de positivité de 2015 sont constamment plus élevés que ceux de 2013, ce qui n'est pas un bon signal au niveau de la sélection des donneurs de sang.

Graphique 8 : Prévalence du VIH parmi les dons de sang

En juillet 2017, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) établissait le nombre annuel à 105 mille unités, soit 10 dons par mille habitants. En 2016, il a été collecté 57.000 poches de sang soit 54,29% de couverture, soit 5 dons/1000 habitants.

En ce qui concerne la prise en charge des cas d'exposition au sang avec risque de contamination, les données ne sont pas toutes disponibles.



Cependant, ils restent significatifs parmi le personnel de santé et serait lié au manque ou insuffisance de gestion des déchets, la formation insuffisance ou le non recyclage du personnel, le manque d'incinérateurs dans certains sites de prise en charge.

En matière d'acquis on peut citer l'existence de normes nationales pour la sécurité transfusionnelle et de 4 centres régionaux et 31 unités hospitalière de transfusion sanguine.

Les principales raisons qui expliqueraient cette contreperformance sont entre autres : le manque de professionnalisme, la surfacturation du prix du sang, la vétusté des infrastructures et du matériel et le manque de moyens du Centre national, la phobie du test de dépistage au VIH, le manque d'information et de sensibilisation au don du sang et les critères de choix assez selectes basés sur la bonne santé du donneur.

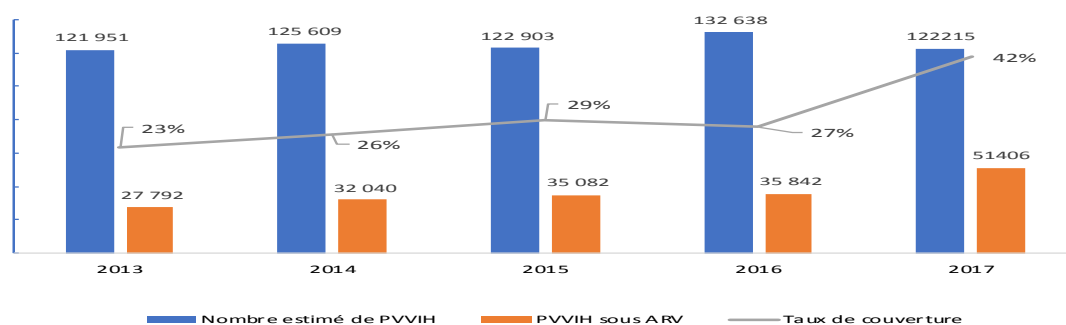
DEFIS/ PRIORITES	<ul style="list-style-type: none"> • Vaincre les résistances au don de sang • Assurer le suivi et la fidélisation des donneurs de sang bénévole • Renforcer les mesures de sécurisation du sang • Renforcer les mesures de prévention contre les infections pour réduire les cas d'AES • Assurer la prise en charge et le suivi des cas d'accident d'exposition au sang et les documenter
-----------------------------	--

2.2.2. Réduction de la morbidité et de la mortalité des PVVIH

a. Le traitement antirétroviral

En termes d'offre de service (sites de prise en charge), il était attendu 168 sites en fin 2017. En 2017, seulement 142 sites ont intégré la prise en charge et seulement 86 sites sont fonctionnels. La file active des PVVIH sous ARV n'a cessé de croître, passant de 27792 en 2013 à 51406 en fin 2017, soit une couverture de 42% loin des 90% attendus en fin 2020 pour les objectifs mondiaux.

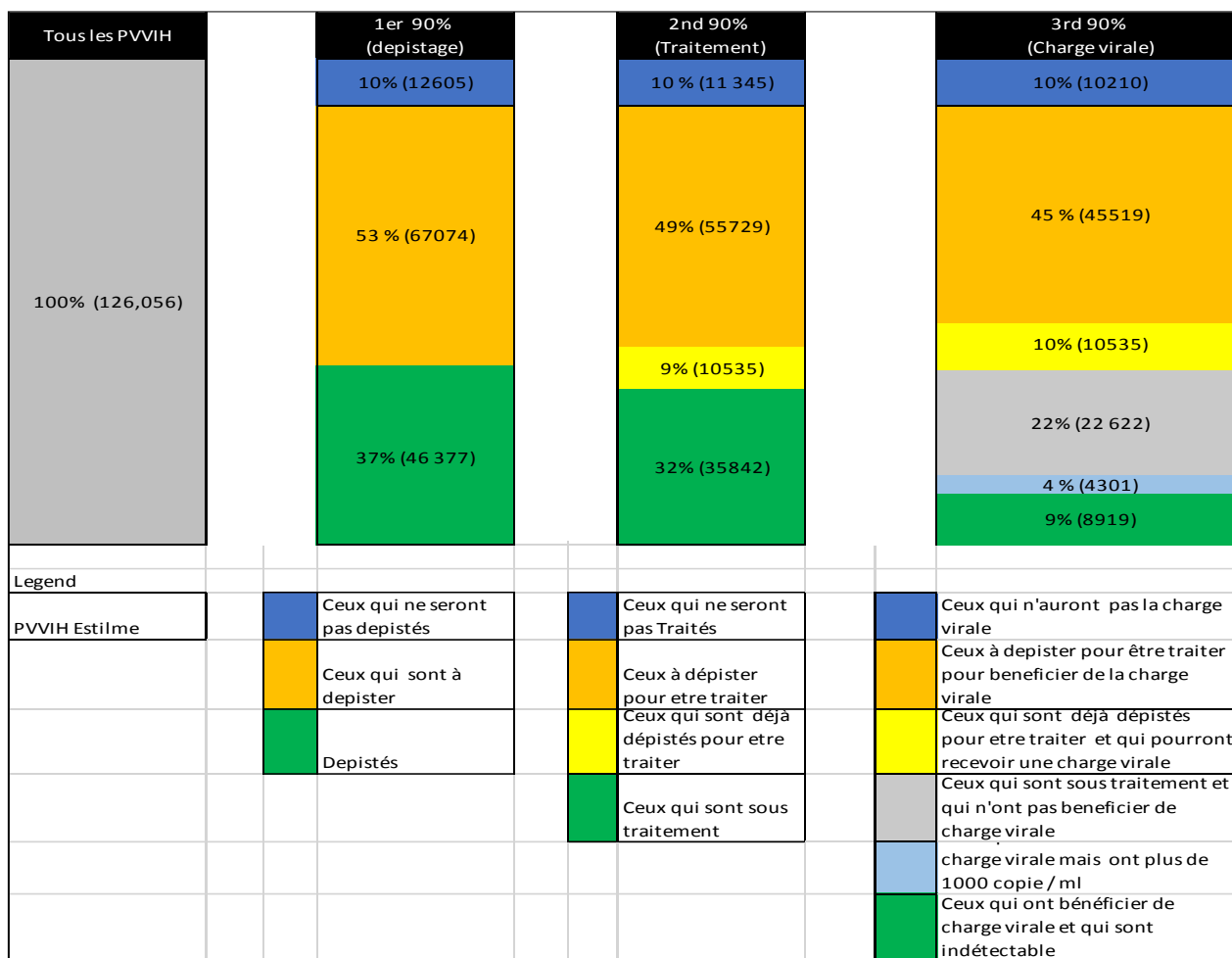
Graphique 9 : Évolution du nombre et de la couverture des PVVIH sous ARV



Concernant la prise en charge, on note que le nombre d'enfants de moins de 15 ans sous ARV, après correction par l'audit de la file active, était de 1583 sur un besoin de 9763 soit une couverture de 16,2%. En fin 2017, le nombre d'enfants sous ARV est passé à 2239 sur un besoin de 18525 soit une couverture de 12%, au lieu des 36% attendu pour l'objectif d'accélération de la prise en charge.

L'analyse de la cascade de la prise en charge montre que 63% des PVVIH ignore leur statut sérologique au VIH. Aussi, parmi les 35.482 PVVIH sous ARV, on note que 22.622 n'ont pas bénéficié de la charge virale (63%), Le profil programmatique actuel est ainsi illustré par la figure suivante :

Graphique 10 : Cascade la prise en charge des PVVIH



Concernant la survie des PVVIH sous ARV, il y a une amélioration du taux de survie à 12 mois : 70% (2012), 77,5% (2014), 78,7% (2015). Le taux de survie à 24 mois des patients (adultes et enfants) après le début du traitement est de 64,9% (2015) (données de 2016 à mettre !!!) pour une cible attendue de 77% en 2017.

En termes de renforcement des capacités pour le suivi biologique, on notera l'acquisition d'équipement de laboratoires (Compteur CD4, Appareil de charge virale, Automates pour la biologie/biochimie, les nombres à mettre) et de diagnostic d'imagerie médicale. Aussi, il a été procédé au recalibrage de 15 appareils GenXpert acquis dans le cadre de la MVE pour leur utilisation dans la réponse nationale au VIH. Malgré ce parc de compteur CD4, d'appareil de charge virale, d'automates de biochimie, d'hématologie et d'imagerie médicale, les patients continuent à avoir des difficultés d'accès au suivi biologique.

Les faibles performances en matière de prise en charge s'expliqueraient par la combinaison de plusieurs facteurs dont entre autres :

- La déperdition des patients dépistés positifs (adultes et enfants) entre les sites de traitement et de prise en charge¹⁰ associée à la faible rétention dans les sites de traitement et des perdus de vue¹¹
- La faible préparation des patients à l'initiation du TAR
- Les ruptures fréquentes en intrants (ARV, médicaments contre les IO et réactifs)

¹⁰ Durant l'année 2017, 15054 patients ont été dépistés positifs au VIH, seulement 5657 patients ont initié le traitement ARV, soit 37,70%, le reste soit 7892 ont été perdus en route

¹¹ L'audit/actualisation de la file active en 2016-2017 a mis en exergue un taux de perdue de vue d'environ 10,6% ce qui représentait 4267 patients

- L'inaccessibilité géographique des sites de prise et faible revenu des patients et/ou des ménages affectés par le VIH
- Le faible accompagnement psychosocial et nutritionnel
- L'insuffisance de système de communication efficace pour le suivi des patients VIH+ (rappel de rendez-vous des patients, tenue des groupes de paroles par les APS, la recherche des perdus de vue par les RECO et ACS)
- L'insuffisance de cadre de référence des patients nouvellement dépistés VIH+
- La faiblesse de mise en œuvre des stratégies différenciées pour la prise en charge des adultes et des enfants
- La faiblesse du dépistage des enfants nés de mères séropositives suivis au niveau des sites PTME (Prélèvement, transports DBS, rendu du résultat) et des enfants au niveau des services de PEV, Nutrition, CPC, etc.).
- La faible accessibilité géographique des patients aux structures de suivi biologique
- Le manque de moyens financiers des patients pour le suivi biologique

DEFIS/ PRIORITES	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les performances des portes d'entrée pour la détection des enfants vivant avec le VIH et les enrôler dans la prise en charge • Renforcer la rétention des patients (adultes et enfants) dans la cascade de prise en charge depuis le dépistage au traitement • Assurer une disponibilité optimale des intrants au niveau des services de laboratoire et des sites de prise en charge • Mettre en place des stratégies différenciés de prise en charge et de soutien à la performance des sites de prise en charge • Renforcer le soutien psychosocial et l'éducation thérapeutique pour une meilleure observation et survie des patients sous ARV • Renforcer le dispositif, la maintenance et la performance des plateformes de suivi biologique des PVVIH
-----------------------------	--

b. La prise en charge des coinfections TB/VIH et Hépatites/VIH,

Durant l'année 2016, le nombre de patients TB+ enregistrés ayant un statut sérologique au VIH connu était de 80% (10 345/12 872). Au total, 1 800 patients coïnfectés sur 2 539 soit 71% ont bénéficié une prise en charge thérapeutique par les ARV. Par ailleurs, un total de 426 PVVIH a bénéficié du dépistage de la TB. La prévention de la survenue de la tuberculose chez les PVVIH à l'aide de l'INH n'a pas encore débuté mais constitue une préoccupation au regard de la prévalence de la coinfection TB/VIH. Concernant la coinfection Hépatites/VIH, les quelques données disponibles concernent la séroprévalence du portage de l'AgHBs chez les donneurs de sang qui était de 9,75% et la présence des anticorps du virus C dans 2,11% des sérums.

Ce faible taux de la prise en charge des patients coïnfectés s'explique principalement par : (i) la faible intégration des services TB/VIH ; (ii) l'insuffisance d'approvisionnement des CDT en intrants VIH (ARV et réactifs) ; (iii) l'insuffisance du système de référence et contre référence des patients coïnfectés TB/VIH et (iv) l'insuffisance de rapportage des données de la coinfection TB/VIH.

DEFIS/ PRIORITES	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les liens et la synergie entre les programmes tuberculose et prise en charge des PVVIH, pour la coinfection TB/VIH et hépatites • Assurer la recherche systématique de la TB chez les PVVIH et l'initiation de la prévention de la TB par l'INH • Assurer la synergie de mise en œuvre des plans stratégiques de riposte au sida et de lutte contre les hépatites, notamment en ce qui concerne le diagnostic, la prise en charge et la mobilisation des ressources financières • Renforcer le système de rapportage des données concernant la coinfection TB/VIH/Hépatites
-----------------------------	--

2.2.3. Protection des droits humains des PVVIH et des populations clés

Les principaux progrès sont : (i) l'existence de la Stratégie Nationale de Plaidoyer/Droits humains pour l'amélioration des résultats en matière de santé liés au VIH ; l'existence d'une politique nationale sur la santé communautaire ; (ii) l'existence d'un observatoire communautaire des droits des PVVIH ; (iii) 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.

Cependant, la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des PVVIH des PS et HSH reste toujours un problème préoccupant.

DEFIS/ PRIORITES

- Améliorer le cadre juridique de protection des PVVIH et des populations clés
- Renforcer les stratégies d'amélioration de l'environnement favorable en faveur des PVVIH et des populations clés

2.2.4. Gouvernance et coordination de la riposte nationale au sida

Au niveau de la coordination, on note l'existence du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) qui est l'organe national de coordination et son Secrétariat Exécutif. Les autres acquis sont les Bureaux de coordination régional du SE/CNLS (BCR), les comités ministériels de lutte contre le sida (CMLS), les comités de lutte contre le sida au niveau des Institutions républicaines (CILS), les comités d'entreprises de lutte contre le sida, les comités régionaux (CRLS), préfectoraux (CPLS) et les points focaux au niveau sous préfectoral qui traduisent la décentralisation de la coordination et la multisectorialité de la réponse.

Toutefois, il est à noter que les BCR/SECNLS sont fonctionnels contrairement aux CMLS, CRLS, CILS, CPLS qui ne le sont pas par manque de financement.

Au niveau des partenaires techniques et financiers, il existe plusieurs groupes thématiques :

- Groupe thématique prévention dont la présidence est assurée par le ministère de la jeunesse et la coprésidence par l'UNFPA ;
- Groupe thématique prise en charge/PTME/PECP dont la présidence est assurée par le Comité technique médical et la coprésidence par l'OMS ;
- Groupe thématique Suivi et évaluation dont la présidence est assurée par le PNLSH et la coprésidence par l'ONUSIDA ;
- L'instance de Coordination nationale du Fonds mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose, le VIH/Sida et le Renforcement du Système de santé, présidée par le ministère de la santé et coprésidée par le ministère délégué au budget

Il faut aussi noter la création par le Gouvernement d'une ligne budgétaire dans le Budget National de Développement (BND) pour le fonctionnement du SE/CNLS et l'achat des ARV.

Le budget total du CSN 2013-2017 était estimé à 459 953 135 \$ et la contribution de l'État devrait être portée de 20% à 50% en fin 2017. Cependant, le financement de la réponse reste tributaire des financements extérieurs et la part du Gouvernement dans la lutte contre le sida a baissé en 2015 (8%) et l'objectif d'atteindre une contribution de 50% d'ici 2017 ne sera pas réalisé.

Les principaux goulots d'étranglement rencontrés au cours de la période 2013-2017 ont été les suivants :

- La faible fonctionnalité des CMLS et ceux au sein des institutions républicaines ;
- La non-fonctionnalité du Forum National des Partenaires et ses différents organes
- Les difficultés de décaissement de fonds du BND
- Le faible suivi de la mise en application des déclarations et des engagements politiques ;
- La faible capacité de mobilisation de ressources, en particulier au niveau du secteur privé.

**DEFIS/
PRIORITES**

- Maintenir la fonctionnalité et la performance du dispositif de coordination au niveau central et décentralisé
- Accroître la fonctionnalité et la performance des cadres de coordination avec les partenaires
- Maintenir à un niveau acceptable la mobilisation des ressources pour faire face aux défis à travers les mécanismes innovants et un meilleur suivi de la mobilisation des ressources
- Renforcer la bonne gestion des ressources financières et la redevabilité/transparence

2.2.5. Participation à la gouvernance de la réponse nationale des organisations de la société civile

Les réseaux et ONG locales de lutte contre le sida (REGAP+, REFIG, AJFDG, ARC-EN-CIEL, FMG, AGBEF, ASFEGMASSI...) participent activement à la riposte au VIH/sida pour les programmes de prévention combinée (prévention primaire, CCC, dépistage, droits humains, prise en charge des IST et du VIH/sida...). De plus, plusieurs ONG internationales (SOLTHIS, DREAM, HEALTH FOCUS, MSF-B, OPALS, Mission Philafricaine, PLAN international Guinée...) apportent leurs appuis techniques et financiers à la riposte au VIH/sida.

Cependant, il existe une absence de coordination et de synergie entre les différentes ONG et réseaux dans la mise en œuvre des activités, chose qui a une répercussion sur la visibilité et la lisibilité des actions en faveur de la riposte.

L'implication des communautés à la base reste encore faible par manque de communication et de plaidoyer auprès de leaders communautaires. La mise en œuvre progressive de la santé communautaire et la nécessité de mettre en œuvre des stratégies différenciées et innovantes pour le dépistage et la prise en charge des PVVIH requièrent une plus grande organisation et professionnalisation des organisations communautaires.

**DEFIS/
PRIORITES**

- Maintenir un tissu associatif et communautaire suffisamment dense pour soutenir durablement les activités de prévention, de dépistage et d'appui à la prise en charge des PVVIH
- Mettre en place un cadre cohérent de professionnalisation/spécialisation des organisations communautaires
- Renforcer le rôle de veille et de plaidoyer de la société civile en faveur des droits humains et mobilisation des ressources financières

2.2.6. Utilisation de l'information stratégique pour la riposte nationale au VIH/sida

Dans ce domaine, entre 2013 et 2017, plusieurs interventions ont permis de générer l'information stratégique pour une meilleure prise de décision. Ces interventions sont entre autres : i) le renforcement des capacités techniques des acteurs en charge du suivi et de l'évaluation au moyen des formations ; ii) la production des rapports des enquêtes nationales de surveillance sentinelle (ENSS) ; iii) la réalisation de deux enquêtes de surveillance comportementale et biologique au niveau des populations vulnérables et des populations clés (ESCOMB) ; iv) la production régulière du rapport annuel sur la riposte au VIH (GAM) ; v) l'évaluation de l'impact de l'épidémie de la fièvre hémorragique à virus Ébola sur les sites PEC/CDV/PTME ; vi) l'adoption et paramétrage du DHIS2 au niveau du système d'information sanitaire pour le suivi des indicateurs VIH et VIH/TB et vii) le démarrage de la mise en place du SIGL qui contribuera à rendre disponible les informations sur les produits de santé.

Le système de suivi-évaluation en place possède des acquis comme les dispositifs (équipe robuste au niveau du CNLS, DHIS2, SIGL, structures décentralisées du CNLS, PNLISH, etc.) et des outils de collecte des données qui permettent de disposer de la plupart des données. Cependant, il persiste des

insuffisances comme :

- Le retard dans la production des rapports du fait des difficultés de remontée des données
- L'insuffisance de personnel qualifié en S&E au niveau régional et l'absence de système de gestion de base de données
- Tous les membres de la cellule de gestion ne sont pas formés aux outils et aux processus de gestion des données
- Le manque de partage de données ne montre pas de lien étroit entre la cellule de coordination et le SNIS
- Absence de procédures standard d'assurance qualité, de correction des données, de traitement des données manquantes et de gestion des données

DEFIS/
PRIORITES

- Maintenir une fonctionnalité optimale du dispositif et des mécanismes de suivi évaluation, en tenant compte des évolutions et innovations comme le DHIS2 et le SIGL
- Renforcer la disponibilité et la qualité des données, en tenant compte de la promptitude et de la complétude
- Parvenir à l'utilisation accrue de l'information stratégique aussi bien au niveau central que décentralisé

3. CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2018 - 2022

3.1. Vision du Cadre Stratégique National de lutte contre le sida 2018-2022

La vision de la Guinée est de « **parvenir à mettre fin à l'épidémie du VIH en tant que menace de santé publique d'ici à fin 2030, à travers l'adhésion aux engagements internationaux convenus lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies de 2016** ». Aussi, le cap pour 2022 est de ramener les nouvelles infections à moins de 5.000, le nombre de décès liés au sida à moins de 2000 à fin 2022 et éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

Le CSN 2018-2022 contribuera à réaliser la vision de la politique nationale de santé qui est de « **parvenir à une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité avec leur pleine participation** ».

3.2. Principes directeurs du CSN 2018 - 2022

Les principes directeurs qui régissent le Cadre Stratégique National 2018-2022 sont :

- Le respect des **engagements nationaux et internationaux** : Le CSN s'inscrit dans la logique des Objectifs pour le Développement Durable visant à enrayer l'épidémie de sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles d'ici 2030. Aussi, le CSN est en parfaite cohérence avec les objectifs et directives de l'ONUSIDA et ses co-parrains ainsi que ceux du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 notamment l'amélioration de la disponibilité des prestations de lutte contre le VIH/sida dans tous les établissements de santé.
- La prise en compte de la dimension **genre et droits humains** dans la riposte au VIH : il s'agit de garantir l'accès universel et équitable aux services et soins liés à la lutte contre le sida à toute la population guinéenne en considérant aussi les inégalités de genre. Pour cela les droits humains doivent être respectés afin que personne ne soit laissée pour compte ;
- La **redevabilité** et **transparence** : Tous les acteurs engagés dans la lutte contre le sida sont tenus à un devoir de contribuer à l'atteinte des objectifs du CSN et de rendre compte de leur performance, aussi bien programmatique que financière de façon transparente ;
- La **multisectorialité** : La réponse au sida nécessite une approche multisectorielle intégrant tous les secteurs politiques et sociaux. Le partenariat public/privé et la participation communautaire constituent aussi des domaines cruciaux de ce principe.

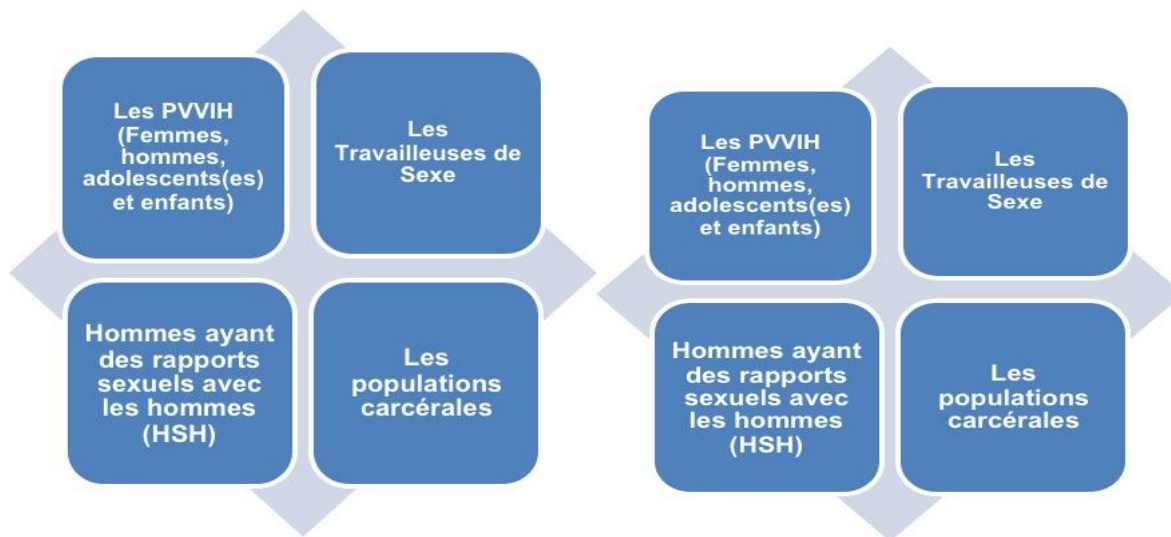
- La **décentralisation** : En matière de politique de santé, le pays a opté pour la stratégie de décentralisation en vue de l'accès universel des populations aux soins de santé de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans la communauté. Ce principe fait aussi mention de la décentralisation des niveaux de décision et une déconcentration des ressources.
- La **Coordination et alignement** : La Guinée a adopté le principe des « Three Ones » pour la gouvernance et la gestion de la réponse au VIH et au sida. En effet, ce principe invite les responsables nationaux et les partenaires à s'aligner sur une coordination nationale efficace s'appuyant sur : (i) un seul cadre stratégique national ; (ii) une seule instance de coordination nationale ; et (iii) un seul système de suivi & évaluation.
- **L'éthique** : Il s'agit du respect de renforcer les lois antidiscriminatoires et autres lois qui protègent les groupes vulnérables et qui garantissent le respect de la vie privée ainsi que la confidentialité et l'éthique de la recherche faisant appel à des sujets humains.
- **L'intégration des interventions** : Ce principe implique que l'offre de service de santé (y compris la prise en charge VIH et du sida) fasse partie d'un paquet de services offerts par les points de prestations de services dans une logique non-verticale de dispensation et d'organisation des services.
- **Réduction de la dépendance aux financements extérieurs** : La Guinée s'est engagée à augmenter les fonds nationaux consacrés à la riposte contre le sida afin d'une appropriation croissante de la prévention de nouvelles infections et la prise en charge globale de sa population dans le besoin.

Le CSN 2018-2022 s'aligne et se fonde sur : i) les objectifs et engagements mondiaux en matière de riposte au sida, en particulier l'objectif d'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030, incluant l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; ii) le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES) 2016-2020 ; iii) la politique nationale de santé et le plan national de développement sanitaire 2015-2024 ; iv) la politique nationale de santé communautaire et le plan stratégique de santé communautaire 2018-2022 et v) la politique nationale de biologie médicale et le plan directeur de développement de la biologie médicale, vi) la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA) 2016-2020.

3.3. Cibles prioritaires pour les interventions du CSN 2018-2022

Que ce soit globalement ou de manière spécifique, on note une baisse progressive de la prévalence du VIH au sein des groupes de population. Toutefois, pour certains groupes, les facteurs de vulnérabilité restent présents et notables comme par exemple l'incidence des IST d'une part ; et d'autre part, la prévalence se maintient à des niveaux encore plus élevés que la prévalence nationale. Aussi, au cours de la période 2018-2022, la priorité sera accordée aux groupes de population suivants :

Figure 2 : Populations prioritaires retenues dans le CSN 2018-2022



3.4. Cadre et chaîne des résultats du CSN 2018-2022

Sur la base des acquis, des insuffisances et des priorités d'intervention, le CSN 2018-2022 vise les priorités, les impacts et effets suivants :

Priorité -1	Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les populations vulnérables (en l'occurrence les jeunes filles, les jeunes femmes), les populations clés et éliminer celle chez les enfants
Impact-1	Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici à fin 2022
	Effets
	1.1-Au moins 80% des populations clés (PS, UDI, HSH) et populations vulnérables (Miniers, routiers, hommes en uniforme, populations carcérales, pêcheurs) ont des comportements à moindre risque d'ici 2022
	1.2-90% des PVVIH connaissent leur statut sérologique et sont référés vers les services de soins/traitement
	1.3-la transmission sanguine du VIH est éliminée (risque=0%) pendant la période 2018-2022
	1.4- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins de 5%
	1.5-70% des femmes et jeunes filles victimes de VSBG pendant la période 2018-2022 ont bénéficié d'une prise en charge holistique (santé, juridique et psychologique)
Priorité -2	Réduire de manière très significative la mortalité chez les PVVIH
Impact-2	D'ici à fin 2022, La mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 62%
	Effets
	2.1-75% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité d'ici à 2022
	2.2-Le taux de décès chez les patients coinfectés TB/VIH est réduit de 70% d'ici à fin 2022
	2.3-90% des PVVIH sous ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois en 2022
	2.4-Au moins 90% des adultes de 15-49 ans, y compris les prestataires de soins et de services ont des attitudes de non- stigmatisation et non- discrimination à l'égard des PVVIH d'ici à fin 2022
Priorité -3	Renforcer la gouvernance et la résilience de la riposte au sida pour des meilleures réponses locales et pour la disponibilité de l'information stratégique
Impact-3	Les systèmes de gestion, de suivi évaluation, de coordination et de gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2022

Effets
3.1-D'ici à fin 2022, le taux d'exécution financière du PSN est supérieur à 80%
3.2-Le secteur communautaire et le secteur privé disposent des capacités managériales, techniques et opérationnelles pour assurer au moins 80% de la réponse dans leur secteur d'ici à fin 2022
3.3-Durant la période 2018- 2022, le système national de suivi évaluation de la riposte est à même de produire tous les données et indicateurs avec une qualité, une complétude et une promptitude supérieure à 95%
3.4-Entre 2018-2022, la gouvernance du CNLS assure une multisectorialité et une redevabilité optimales

3.5. Les interventions prioritaires du CSN 2018-2022

Les priorités d'intervention du CSN 2018-2022 tiennent compte des insuffisances et des acquis de la mise en œuvre du CSN 2013-2017 et visent à faire en sorte qu'au cours de la période 2018-2022 :

<p>Les capacités et la fonctionnalité du système de santé permettent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'éliminer les nouvelles infections chez les enfants • D'éliminer les infections imputables à la transfusion sanguine et aux AES • De mettre en œuvre Stratégie « dépister et traiter » • De Traiter 90% des PVVIH dépistées • D'assurer la suppression virale chez les PVVIH • D'assurer un approvisionnement adéquat en intrants et une bonne logistique des intrants
<p>Les réponses communautaires et sectorielles permettent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De réduire des nouvelles infections dans la population générale et chez les populations clés • De dépister 90% des personnes séropositives • De réduire la stigmatisation discrimination • De lutter efficacement contre les violences sexuelles et prendre en compte le genre • D'offrir un soutien adéquat au programme de traitement ARV • De contribuer à réaliser une génération sans sida chez les enfants
<p>Le système de suivi évaluation en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répond aux principes de « tree-ones » et est conforme aux 12 composantes • Permet de capter toutes les informations avec qualité et promptitude • Produire l'information stratégique nécessaire et de soutenir son utilisation optimale
<p>La gouvernance de la réponse nationale, sectorielle et décentralisée permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De développer une réponse multisectorielle, inclusive, harmonieuse et complète • De mobiliser efficacement les ressources financières nécessaires • D'assurer une bonne redevabilité

La matrice des produits et des interventions prioritaires se présentent comme suit :

Tableau 8 : Matrice des produits et interventions prioritaires

Priorités	Impact	Effets	Produits	Stratégies	
Priorité -1	Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les populations vulnérables (en l'occurrence les jeunes filles, les jeunes femmes), les populations clés et éliminer celle chez les enfants				
	Impact-1	Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici à fin 2022			
	1.1-Au moins 80% des populations clés (PS, UDI, HSH) et populations vulnérables (Miniers, routiers, hommes en uniforme, populations carcérales, pêcheurs, jeunes) ont des comportements à moindre risque d'ici 2022	90% des PS bénéficient du paquet compréhensif de services de prévention (sensibilisation, dépistage VIH, soins IST, préservatifs, référence si besoin)	Actualisation de la cartographie des PS		
				Renforcement des capacités des acteurs et de structures communautaires pour la riposte au sida auprès des PS	
				Intensification des activités de prévention/dépistage du VIH et des IST (y compris les soins) auprès des PS	
			90% des HSH bénéficient du paquet compréhensif de services de prévention (sensibilisation, dépistage VIH, soins IST, préservatifs, référence si besoin)	Actualisation de la cartographie des HSH	
				Renforcement des capacités des acteurs et de structures communautaires pour la riposte au sida auprès des HSH	
				Intensification des activités de prévention/dépistage du VIH et des IST (y compris les soins) auprès des HSH	
			70% des UDI bénéficient du paquet compréhensif de services de prévention (sensibilisation, dépistage VIH, soins IST, préservatifs, référence si besoin)	Actualisation de la cartographie des UDI	
				Renforcement des capacités des acteurs et de structures communautaires pour la riposte au sida auprès des UDI	
				Intensification des activités de prévention/dépistage du VIH et des IST auprès des UDI	
			Au moins 80% des jeunes/adolescent bénéficient de programme intégré de VIH/SSRAJ	Intégration de l'éducation sexuelle complète dans les curricula des établissements secondaires, universitaires et professionnels	
				Renforcement des capacités des CECOJE, Associations/réseaux /ONG et les maisons de jeunes	
				Intensification de la communication pour le changement de comportements dans les CECOJE et au sein des communautés	
			65% des populations vulnérables (Miniers, routiers, hommes en uniforme, populations carcérales, pêcheurs) sont touchés par des activités de prévention et ont accès abordable aux préservatifs (masculins et féminins) et au dépistage du VIH	Renforcement des capacités des acteurs pour les interventions en faveur des populations vulnérables	
				Intensification des activités de prévention/dépistage du VIH et des IST auprès des populations vulnérables	
		Élaboration et mise en œuvre de la politique de distribution et marketing social des préservatifs			
	1.2-La proportion des	Des capacités communautaires sont	Révision/adaptation des directives et normes de dépistage		

personnes dépistées par les acteurs communautaires atteint 50% fin 2022	développées dans le domaine du dépistage du VIH	Développement des capacités communautaires de dépistage
		Développement des stratégies de dépistage en milieu communautaire y compris l'autotest
		Mise en place de stratégies pour la référence/ traçabilité des personnes dépistées positives vers les centres de soins
1.3-la transmission sanguine du VIH est éliminée (risque=0%) pendant la période 2018-2022	100% des proches de sang sont testés et sécurisés	Renforcement de l'approvisionnement des centres de transfusion en réactifs appropriés pour la sécurisation sanguine
	Le nombre de donateurs bénévoles de sang est accru et 90% sont fidélisés	Renforcement de la mobilisation sociale pour le don volontaire de sang
		Renforcement des mesures de suivi accompagnement psychosocial des donateurs bénévoles de sang
	Les cas d'accident d'exposition au sang sont réduits de 90%, les cas éventuels sont pris en charge et documentés	Renforcement des capacités du personnel de santé et du personnel communautaire vulnérable en prévention des infections et bonnes pratiques
		Mettre en place un dispositif de prise en charge des cas d'AES
	Les risques d'exposition au VIH chez les populations clés, le personnel communautaire et le personnel de santé sont réduits	Extension de la stratégie PeP au personnel de santé et personnel communautaire vulnérable
Développement de la stratégie et du paquet d'offre PrEP pour les populations clés et les couples sérodiscordants		
1.4- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins de 5%	90% des femmes enceintes sont dépistées au cours de la CPN	Renforcement des liens avec la santé reproductive (y compris la PF chez les PVVIH), maternelle, néonatale, infantile et adolescent (SRMNIA)
		Renforcement de la mobilisation communautaire par l'implication des médiatrices/ médiateurs et RECO/ASC
		Amélioration de la disponibilité et l'accessibilité des services de la PTME des zones et populations peu ou pas couvertes
	Au moins 90% des femmes enceintes séropositives et leurs nouveau-nés sont mises sous traitement ARV	Dynamisation des anciens sites peu performant via le monitoring et les analyses de corrélation des références et contre-référence
		Renforcement de la délégation des tâches et de la décentralisation des prestations
	Au moins 90% des enfants nés de mères séropositives sont diagnostiqués dans les deux mois qui ont suivi leur naissance	Renforcement du réseautage et de la plateforme de dépistage précoce
		Renforcement de la qualité des échantillons DBS et de la promptitude des prélèvements
		Amélioration des stratégies de transport des échantillons et de rendu des résultats
	98% des femmes PTME poursuivent leur traitement ARV après la grossesse	Renforcement de la référence, du réseautage et du suivi des cohortes de femmes PTME (incluant la recherche des perdus de vue)
		Renforcement et systématisation du monitoring décentralisé
Les retards ou ruptures d'approvisionnement des sites PTME sont éliminés ou insignifiants	Renforcement des mécanismes d'approvisionnements et de suivi des stocks des sites PTME	

1.5-Le nombre et les complications des violences basées sur le genre sont réduites	Le dispositif de prévention, protection et de détection des VSBG est renforcé à tous les niveaux	Renforcement du mécanisme d'information et de sensibilisation des parents, victimes et des communautés sur la lutte contre les VBG
	70% des femmes et jeunes filles victimes de VSBG pendant la période 2018-2022 ont bénéficié d'une prise en charge holistique (santé, juridique et psychologique)	Renforcement du dispositif de prévention et de PEC des victimes de VBG à tous les niveaux
		Renforcement de la documentation des cas et des bonnes pratiques en matière de prévention et de PEC des victimes de VBG à tous les niveaux

Priorité -2

Réduire de manière très significative la mortalité chez les PVVIH

Impact-2

D'ici à fin 2022, La mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 62%

2.1-75% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité d'ici à 2022	86% des adultes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement ARV de qualité d'ici à fin 2022	Renforcement de l'intégration du dépistage du VIH dans les structures de soins publiques et privées
		Renforcement des mesures d'appui à l'observance du traitement
		Opérationnalisation des stratégies de prise en charge différenciée des PVVIH sous ARV
		Renforcement des mesures de rétention des patients sous ARV, y compris les femmes ayant achevé la PTME
	90% des enfants entre 2 -14 ans exposés au VIH ou à risque sont diagnostiqués au VIH	Renforcement du dépistage familial « Index testing »
		Recherche active des enfants à toutes les portes d'entrée « DCIS »
	44% des enfants (moins de 15 ans) vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement ARV de qualité d'ici à fin 2022	Décentralisation de la prise en charge pédiatrique par les ARV
		Mise en place et offre de services adaptés/conviviaux pour les enfants/adolescents vivant avec le VIH
		Renforcement des mesures et dispositifs de soutien psychosocial et d'accompagnement pour les enfants PVVIH sous ARV
	Tous les PVVIH dans le besoin ont reçu un soutien et une prise en charge psychosociale et nutritionnelle	Renforcement du dispositif de soutien psychosocial des PVVIH
		Intensification des activités de soutien psychosocial des PVVIH
		Poursuite de la stratégie de soutien nutritionnel aux PVVIH malnutris
	Les infections opportunistes sont prévenues, diagnostiquées et traitées efficacement	Renforcement des mesures de diagnostic et de prise en charge des IO
		Mise à disposition d'intrants pour la prévention et la prise en charge des IO
Les PVVIH coïnfectés HIV/Hépatites sont diagnostiqués et pris en charge	Renforcement des mesures de diagnostic et de prise en charge des hépatites chez les PVVIH	
	Mise à disposition d'intrants pour la prévention et la prise en charge des hépatites chez les PVVIH	
2.2-Le taux de décès chez les patients coïnfectés TB/VIH est réduit de 70%	La proportion des PVVIH chez qui la recherche de la TB a été faite atteint 100% d'ici 2022	Renforcement de la détection systématique de la TB chez les PVVIH

d'ici à fin 2022	Tous les PVVIH en situation de besoin ont reçu le traitement préventif de la TB à l'INH	Renforcement des mesures de prévention de la TB chez les PVVIH
		Renforcement de la coordination des interventions TB/VIH
2.3-90% des PVVIH sous ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois en 2022	90% des PVVIH ont réalisé leur charge virale selon les normes requises	Renforcement de la plateforme de charge virale
		Amélioration du dispositif de transport des échantillons et de rendu des résultats de la charge virale
		Renforcement de la demande de CV et du monitoring des performances
		Assurer la disponibilité des intrants et le fonctionnement des plateformes de CV
2.4-Au moins 90% des adultes de 15-49 ans, y compris les prestataires de soins et de services ont des attitudes de non-stigmatisation et non-discrimination à l'égard des PVVIH d'ici à fin 2022	Les dispositifs et mesures de prévention et de lutte contre la stigmatisation/discrimination est renforcé	Renforcement des capacités de l'Observatoire communautaire
		Renforcement de capacités des populations clés et PVVIH sur le concept "connaitre mon droit" à travers les associations
		Renforcement du plaidoyer et de la promotion des droits des PVVIH et des populations clés
		Renforcement de la documentation et l'information stratégique sur la stigmatisation/discrimination et le respect des droits

Priorité -3

Renforcer la gouvernance et la résilience de la riposte au sida pour des meilleures réponses locales et pour la disponibilité de l'information stratégique

Impact-3

Les systèmes de gestion, de suivi évaluation, de coordination et de gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2022

3.1-D'ici à fin 2022, le taux d'exécution financière du PSN est supérieur à 80%	90% du financement extérieur sont mobilisés et exécutés	Renforcement des stratégies de mobilisation des ressources financières pour le CSN 2018-2022
		Renforcement des capacités de l'ICN pour la mobilisation des ressources
	40% du financement du PSN est assuré par des sources nationales durables ou pérennes	Suivi du décaissement des engagements de l'État et du secteur privé
3-2-Le secteur communautaire et le secteur privé disposent des capacités managériales, techniques et opérationnelles pour assurer au moins 80% de la réponse dans leur secteur d'ici à fin 2022	La plateforme globale de la société civile est fonctionnelle pour assurer une réponse cohérente et décentralisée au niveau communautaire	Opérationnalisation des plateformes nationales et régionales des organisations de la société civile
		Élaboration et mise en œuvre d'un plan de renforcement des capacités de la société civile
		Renforcement de la redevabilité et la visibilité des résultats du secteur communautaire
	La plateforme globale du secteur privé est fonctionnelle pour assurer une réponse cohérente et décentralisée au niveau du secteur privé et des entreprises	Renforcement des capacités et de la fonctionnalité de la chambre des mines pour la mobilisation des ressources, l'organisation et le financement de la riposte au sida dans le secteur privé et les entreprises
		Élaboration et mise en œuvre d'un plan de renforcement des capacités des acteurs et structures faitières du secteur privé

		Renforcement de la redevabilité et la visibilité des résultats du secteur privé et des entreprises
3.3-Durant la période 2018- 2022, le système national de suivi évaluation de la riposte est à même de produire tous les données et indicateurs avec une qualité, une complétude et une promptitude supérieure à 95%	Le dispositif de suivi évaluation est fonctionnel et rempli ses missions pendant la durée de mise en œuvre du CSN	Renforcement/mise à jour des capacités des acteurs en suivi évaluation
		Renforcement de la disponibilité des outils de gestion du suivi évaluation et de collecte des données et de rapportage
	Tous les rapports et les indicateurs requis sont disponibles à temps et sont de qualité	Renforcement des mesures et dispositifs collecte et de remontée des données
		Renforcement des mesures d'assurance qualité des données à tous les niveaux
		Production régulière des rapports et de l'état des indicateurs
	Les informations stratégiques sont disponibles et utilisées pour la planification, la gestion et la prise de décision	Renforcement de la production et de la disponibilité de l'information stratégique
Renforcement de l'utilisation des informations stratégiques à tous les niveaux		
3.4-Entre 2018-2022, la gouvernance du CNLS assure une multisectorialité et une redevabilité optimales	Les instances nationales de coordination de la réponse sont fonctionnelles à tous les niveaux	Amélioration de la gouvernance stratégique et opérationnelle du Secrétariat exécutif du CNLS
		Renforcement de l'engagement sectoriel et des réponses locales au sida (stratégie villes et VIH) en faveur de la riposte au sida
		Renforcement des mécanismes de coordination multisectorielle, de planification et de gestion des interventions à tous les niveaux
		Renforcement du cadre normatif et légal relatif à la gestion des opérations de lutte contre le VIH/SIDA
	Le système d'approvisionnement et de gestion des intrants VIH est performant	Opérationnalisation du SIGL
		Renforcement des capacités des acteurs et de la supervision de la chaîne d'approvisionnement
		Renforcement du suivi des stocks et de la performance de la chaîne d'approvisionnement en vue de produire l'information stratégique sur les intrants
	Les documents normatifs et d'orientation de la riposte au sida sont disponibles, mise à jour et adaptés au contexte national et international	Renforcement de la communication thématique et institutionnelle sur la riposte au sida
		Revue périodique et mise à jour régulièrement des documents d'orientation de la riposte au sida
		Élaboration du nouveau cadre stratégique 2023-2027

4.1. Cadre institutionnel de mise en œuvre

La mise en œuvre du CSN se fera dans un cadre organisationnel et institutionnel comportant des organes et structures selon les trois fonctions suivantes :

- **Orientation et décision**

Cette fonction est assurée par le CNLS qui a pour missions de : 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

- **Coordination et suivi**

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

- Niveau national par le Secrétariat Exécutif du Comité 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 (CTR/CRLS).

- **Mise en œuvre opérationnelle**

La mise en œuvre du CSN est assurée par le secteur public (santé et non santé), le secteur communautaire et le secteur privé.

4.2. Opérationnalisation du Cadre Stratégique National 2018-2022

La mise en œuvre des stratégies sectorielles de lutte contre les IST et le VIH/sida sur la période 2018-2022 sera organisée selon une approche basée sur la multisectorialité et la décentralisation autour d'un cadre institutionnel impliquant les différents acteurs de la riposte nationale. Elle se fera à travers les documents importants suivants :

- Le Plan de suivi-évaluation du CSN 2018-2022 : Ce plan de suivi sert à monitorer les performances et la prise de décision objective pendant la mise en œuvre. Il précise le cadre de performance du PSNM, la description des indicateurs (les définitions opérationnelles, les rythmes de collecte, les modalités de collecte, les moyens de vérification et de validation), le système global de rapportage des résultats et de production de l'information, les modalités de collecte des données et les outils qui seront utilisés ainsi que les ressources matérielles, informationnelles et humaines qui seront mobilisées pour la production de l'information nationale relative au VIH.
- Le Plan de mise en œuvre opérationnel 2018-2022 : Il décrit dans les détails les principales activités prioritaires qui seront menées au cours de la période. Il prend en compte les plans de travail des projets et programmes déjà disponibles pour les aligner
- Les plans régionaux : Au niveau régional, les différentes structures de coordination et d'exécution seront invitées à planifier leurs activités conformément à leurs missions et attributions définies dans le CSN. 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) et seront pilotées par les directions régionales, les membres des organisations de la société civile sous la coordination des CRLS

- Les plans sectoriels : Les secteurs élaboreront des plans d'action qui prendront en compte les activités sectorielles des plans régionaux et des priorités définies par le CSN. Ces plans devront tenir compte des problèmes et des déterminants spécifiques à chaque secteur et veiller à ne pas empiéter sur les actions déjà planifiées au niveau des régions. La mise en œuvre des plans sectoriels sera coordonnée par les comités sectoriels de lutte contre les IST/VIH/ sida
- Les plans annuels : Chaque année, toutes les structures de coordination et de mise en œuvre (secteur public, secteur privé, société civile) produiront des plans d'actions annuels à partir du Plan National Multisectoriel (PNM) en fonction de leurs domaines d'intervention
- Le plan de mobilisation des ressources : il s'agit d'un document d'orientation qui va servir de support de plaidoyer et de mobilisation des ressources nationales et internationales pour soutenir la mise en œuvre du CSN 2018-2022.

5. SUIVI ET EVALUATION DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2018-2022

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

Le suivi et évaluation des interventions du CSN 2018-2022 aura pour cadre de référence, les 12 composantes d'un système de suivi et évaluation fonctionnel recommandées au niveau international. Le dispositif prévoit une collecte et l'acheminement des données des sites d'exécution des interventions vers les départements, les régions et le niveau central à travers un plan de collecte. Ceci tiendra compte de l'existence du DHIS2 et du SIGL

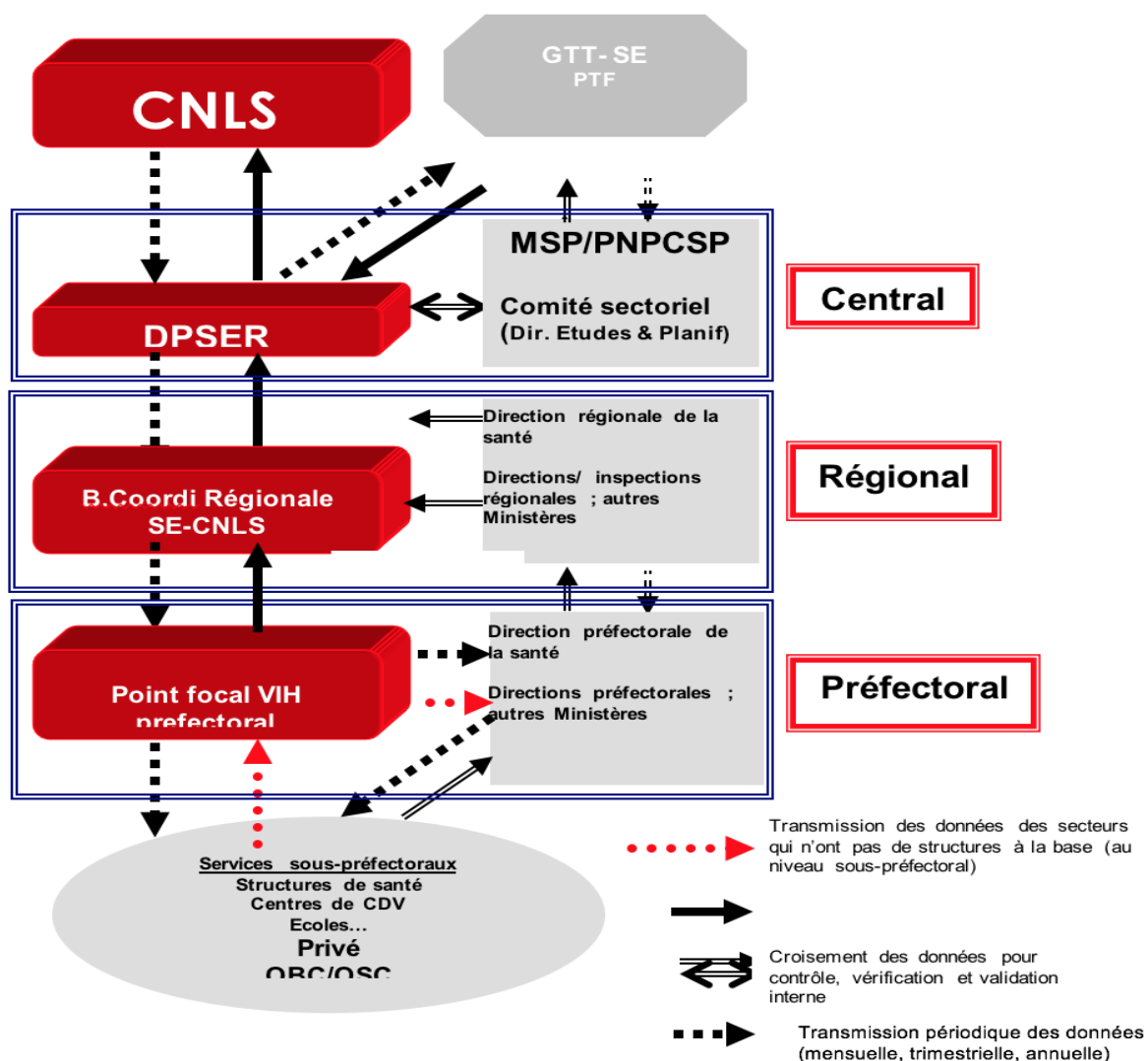
Outre les structures de collecte, de traitement, d'analyse des données et de production des rapports semestriels, un groupe technique de travail en Suivi et Évaluation multisectoriel et multidisciplinaire et une Commission multisectorielle de travail en SE-VIH appuient le DPSER du SE/CNLS, les CRLS et CPLS dans la validation et l'assurance qualité des données.

Le circuit 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 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 (saisi dans le DHIS2). Les données des secteurs (ministères non santé et communautaire) sont traitées par le point focal VIH préfectorale.
- 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 et les transmettent après contrôle/validation, tous les trimestres dans des supports appropriés au niveau central.
- Le niveau central comprend le Département planification, suivi-Évaluation 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 soumises à validation au CMT-SE VIH avant d'être disséminées.

La rétro information part du niveau central jusqu'au niveau sous-préfectoral

Figure 3 : Fluxogramme des données/informations



Les périodicités de rapportage des données sont les suivantes :

Tableau 9 : Présentation des mécanismes et périodicité de rapportage

Niveau	Type de rapport	Mode/Support de transmission	Fréquence	Délais	Commentaires
Central	Rapport de progrès trimestriel et annuel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courrier physique ▪ Courrier électronique ▪ DHIS2, SIGL 	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 ▪ DHIS2, SIGL 	Annuelle Trimestrielle	25 jours après le trimestre ou à la fin de l'année	Rapport narratif et fichiers de données
Prefectoral	Rapport d'activités et de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courrier physique ▪ Courrier 	Mensuelle Trimestrielle	15 jours après le trimestre	Rapport narratif + Données annexées

		électronique, si disponible ▪ DHIS2, SIGL			
Sous-préfectoral	Rapport d'activités et de résultats	▪ Courrier physique ▪ Courrier électronique, si disponible	Mensuelle	5 jours après le mois	<u>Contenu</u> : données transcrites dans les outils de rapportage

5.2. Données d'enquêtes et de recherches

La qualité des enquêtes/recherches effectuées dans le cadre du suivi-évaluation du CSN est prise en compte avant même la réalisation de ces enquêtes. La Commission Technique Multisectorielle de Travail en Suivi-Evaluation du VIH/Sida se réunit pour évaluer la qualité des protocoles développés pour ces études, et est en mesure de demander des modifications ou des amendements en cas de nécessité.

Au cours de l'étude, un membre du DPSER du SE/CNLS fait partie du comité de pilotage de l'étude et suit l'avancée des travaux de l'étude. Il contrôle la qualité des outils de collecte de données de l'étude et évalue régulièrement la qualité des données collectées.

A l'issue de l'étude, la Commission Technique Multisectorielle de Travail en Suivi-Evaluation du VIH/Sida se réunit pour évaluer la qualité des données collectées et valider les résultats de l'étude. Une partie du financement de l'étude est liée à la validation des résultats.

Toutes les données des études financées par ou à travers le SE/CNLS sont la propriété du SE/CNLS. Ces données sont archivées au SE/CNLS. 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.

Tableau 10 : Liste des priorités nationales en matière d'étude et de recherche

Domaines	Thématiques
Socio-psychologique et comportementale	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enquête sur la qualité de vie des PVVIH et familles et la satisfaction des usagers des services de soins VIH ○ Étude sur les déterminants de l'utilisation du préservatif masculin et féminin ○ Enquête nationale d'évaluation de l'enseignement du VIH en milieu scolaire ○ Étude qualitative sur la faible participation des conjoints aux interventions PTME ○ Étude qualitative sur les contraintes du dépistage familial du VIH proposé à Conakry ○ Étude sur la discrimination et la stigmatisation contre les PVVIH en Guinée – Considérations éthiques et juridiques ○ Évaluation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives chez les Femmes VIH+
Biomédical	<ul style="list-style-type: none"> ○ Étude sur l'ampleur et les facteurs associés aux cas d'accident d'exposition de sang (AES) dans les formations sanitaires publiques et privées
Prise en charge et prévention	<ul style="list-style-type: none"> ○ Étude nationale sur le Profil de résistance primaire et secondaire aux ARV chez les PVVIH ○ Étude de survie à 12, 24, 36 et 48 mois des personnes sous TARV ○ Étude sur la résistance et l'observance au traitement antirétroviral, séroprévalence des Hépatites B&C chez des patient infectés par le VIH1 suivi dans les sites de prise en charge du VIH ○ Réaliser une étude sur la problématique des cas de perdus de vue dans les sites PEC et PTME
Épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enquête nationale de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB) auprès des groupes de population à plus à risque de l'infection par le VIH en 2020 ○ Étude sur la cascade CDV, PEC (Adultes et enfants) et PTME ○ Enquêtes nationales de surveillance sentinelle auprès de femmes enceintes

Socioéconomique	○ Études sur le coût-efficacité de la prise en charge des PVVIH
Gestion	○ Étude d'estimation des Ressources et Dépenses Nationales de la lutte contre les IST/VIH/Sida (REDES)

5.3. Cadre de performance du CSN 2018-2022

La mesure de la performance (cf Annexe 1) de la mise en œuvre du CSN 2018-2022 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.

6. BUDGET ET FINANCEMENT DU CSN 2018-2022

6.1. Modalités d'établissement du budget et des gaps financiers du CSN 2018-2022

Le budget du CSN a été établi en utilisant l'outil *Resource Needs Model (RNM)* développé par l'ONUSIDA et *Future Group International* pour aider les pays dans la préparation de leur planification du budget des plans stratégiques.

Les hypothèses de base qui ont été employées sont les suivantes :

- **La taille des populations clés** (HSH, PS, jeunes, détenus, clients des PS, hommes femmes en uniformes etc.) établie par certaines études réalisées dans le pays et figurant dans le travail de re-ciblage réalisées par le SE/CNLS. Les données existantes ont été utilisées également ainsi que celles d'autres études (dont SPECTRUM) apportant des informations spécifiques sur certains indicateurs et interventions.
- **Les coûts unitaires adoptés sont ceux proposés par l'ONUSIDA** dans le cadre du calcul des ressources nécessaires pour les différents pays dans le cadre de la stratégie des trois 90. Ces coûts unitaires couvrent l'intégralité des dépenses d'une intervention. Ainsi par exemple le coût de l'intervention de prise en charge ARV d'un patient inclut non seulement les médicaments mais également toutes les dépenses en rapport avec le suivi de laboratoire, la gestion des ressources humaines etc. de même l'intervention promotion du condom inclut en plus des activités promotionnelles, l'achat et la distribution de condoms.
- **Les cibles pour les différents indicateurs**, montrant le niveau d'effort à accomplir, ont été établis jusqu'en 2022 dans le cadre du travail de re-ciblage réalisé par le SE/CNLS et ses partenaires. Ces nouvelles cibles ont été alignées sur le Plan de rattrapage de la prise en charge médicale et les trois 90 de l'ONUSIDA (tester et traiter) la mettant sur la voie de l'élimination du VIH/SIDA à l'horizon 2030.

Les différentes données ont été intégrées dans l'outil RNM ce qui a permis de dégager le budget du programme sur les 5 prochaines années. Le présent budget est exprimé en années civiles et en dollars US.

6.2. Estimation globale des gaps financiers du CSN 2018-2022

Le budget total pour le Cadre Stratégique National de lutte contre le sida pour la période 2018-2022 s'élève à deux cent quarante-six millions neuf cent trente-cinq mille sept cent quarante-neuf dollars (**246 935 749 USD**). Le montant disponible actuellement pour les trois premières années 2018-2020 est de cinquante-un millions cinq cent trente-un mille trois cent soixante dollars (**51**

531 360 USD), soit 21%. Le GAP financier pour la période 2018-2022 à mobiliser s'élève à cent quatre-vingt-quinze millions quatre cent quatre mille trois cent quatre-vingt-sept dollars (**195 404 387 USD**), soit 79%.

Tableau 11 : Gap financier du Cadre stratégique national 2018-2022

Budget	2018	2019	2020	2021	2022	Montant	%
Budget disponible	15 572 355	17 575 169	18 383 836	-	-	51 531 360	20,87
Budget à rechercher (Gap)	21 542 012	27 421 463	33 444 198	54 810 057	58 186 659	195 404 389	79,13
BUDGET REQUIS (USD)	37 114 367	44 996 632	51 828 034	54 810 057	58 186 659	246 935 749	100,00

6.3. Stratégie pour la mobilisation des ressources

Pour combler le gap financier, il sera organisé une table ronde de partenaires techniques et financiers, élargie au secteur privé. La mobilisation des ressources se fera aux plans interne et externe :

- **La mobilisation externe :**

En plus des principaux bailleurs de fonds traditionnels, la mobilisation des ressources se fera à travers des requêtes de financement et des missions de plaidoyer au niveau régional et international.

- **La mobilisation interne :**

Elle se fera à travers : L'intégration du VIH dans les plans et projets de développement ; L'inscription de la ligne VIH dans le budget de l'État, dans les budgets sectoriels et des collectivités territoriales (communes, conseils régionaux); Le plaidoyer pour la contribution du secteur privé ; L'organisation de sidathon, etc.

6.4. Mécanismes de Gestion des Ressources et Financières

La gestion des ressources financières mobilisées dans le cadre de la mise en œuvre du CSN 2018-2022 obéira aux procédures en vigueur au niveau national et international en matière de gestion financière et comptable.

Au niveau national, ces procédures sont définies dans le manuel révisé de procédures administratives, financières et comptables du SE/CNLS. Le système de contrôle mis en place sera renforcé en vue d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

Ce système comprend :

- Le contrôle interne : les procédures de contrôle interne sont définies dans le manuel des procédures administratives, financières et comptables. Ce contrôle sera renforcé par des mécanismes supplémentaires selon les exigences du partenaire financier.
- Le contrôle externe : Il sera assuré au moyen des audits externes indépendants et des inspections d'État.

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

Le SE/CNLS assurera un suivi des ressources financières mobilisées à travers son Département des Affaires Administratives et Financières (DAAF) qui se chargera de centraliser les données sur les ressources financières mobilisées, engagées par tous les projets et programmes, quelle que soit la source de financement. Un plan de suivi des ressources sera élaboré à cet effet. Le Département établira la situation de l'exécution financière semestrielle et annuelle.

La décentralisation de la gestion financière sera mise en œuvre jusqu'au niveau local. 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 (rapportages périodiques, supervision/encadrement des bénéficiaires, audits financiers internes et externes...).

Le suivi portera également sur les financements accordés par les partenaires techniques et financiers.

Pour renforcer ces mécanismes de gestion, plusieurs mesures d'accompagnement seront mises en œuvre, à savoir : 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.

7. CONDITIONS DE SUCCES ET MESURES D'ATTENUATION DES RISQUES

Le succès de la mise en œuvre du CSN 2018-2022 reposera sur les effets combinés de facteurs favorables et des dispositions pertinentes qui favoriseront la mise en œuvre à tous les niveaux. Il s'agit entre autres :

- De la poursuite et du renforcement du leadership au sommet de l'État, ce qui va favoriser la multisectorialité, la mobilisation effective des ressources de l'État et l'environnement favorable pour la mise en place de facilités ou dispositions institutionnelles
- La gestion opérationnelle efficace, qui va se traduire un leadership et une coordination renforcée du SE/CNLS et de ses démembrements sur la réponse nationale, ce qui devrait favoriser l'engagement des différents acteurs, chacun jouant son rôle et créant des synergies
- Un niveau de financement adéquat permettant de mettre en œuvre les interventions prioritaires à tous les niveaux. Dans un contexte national et international caractérisé par une diminution des ressources, la problématique du financement du CSN est crucial et devient un impératif critique pour l'atteinte des impacts espérés. L'élaboration d'un plan clair de mobilisation des ressources impliquant des innovations dans le modèle de mobilisation des ressources et ayant l'adhésion de l'ensemble des partenaires et populations demeure essentielle.
- Une mise en œuvre efficace du Plan de mise en œuvre opérationnelle, ce qui implique que le plan qui sera élaboré fasse l'objet d'alignement, de diffusion et d'appropriation par les différents acteurs
- Une synergie dans la mise en œuvre avec les politiques nationales de santé communautaire et de biologie médicale ainsi que les initiatives de renforcement du système de santé
- Un focus sur la qualité des services, tant au niveau du secteur santé qu'au niveau de celles fournies au niveau de la communauté. Cela évitera non seulement le gaspillage des ressources dans des processus et services non efficaces mais aussi de garantir leur impact attendu.
- Le plan national de suivi-évaluation du CSN 2018-2022, dont l'architecture et le fonctionnement devraient tenir compte des évolutions dans les systèmes de gestion des données au sein du ministère de la santé comme le DHIS2 et le SIGL. Le plan de suivi-évaluation devrait fournir les données et l'information stratégique dans la meilleure

qualité possible et dans le timing le plus adéquat afin de permettre aux acteurs et aux décideurs prendre les décisions appropriées pour maintenir le cap vers les objectifs fixés.

Au regard du contexte, la mise en œuvre du CSN 2018-2022 fera face à des risques dont leur atténuation sera essentielle pour l'atteinte des impacts visés. Le tableau suivant résume les risques et les mesures d'atténuation :

Tableau 12 : Tableau d'analyse des risques et mesures

Type de risques	Niveau de risque	Mesures d'atténuation
Faible mobilisation des ressources financières	Très élevé	<ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation et suivi régulier du niveau de financement ○ Sécurisation des financements de l'État et des collectivités ○ Organisation d'une rencontre d'urgence pour le financement ○ Élaboration et mise en œuvre d'un Plan de mobilisation des ressources ○ Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie de financements innovants ○ Affiner le ciblage et les priorités d'intervention en fonction du niveau de mobilisation effective des ressources
Faible qualité des services	Élevé	<ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluation rapide de la qualité des services (RSQA) ○ Enquête sur la satisfaction des utilisateurs des services liés au VIH ○ Renforcement des capacités du personnel : Supervision post formation, supervisions formatives et supervisions conjointes/intégrées ○ Prise en compte d'indicateurs VIH dans les indicateurs du financement basé sur les résultats (FBR) ○ Amélioration des plateaux techniques et maintenance des appareils biomédicaux
Instabilité sociopolitique	Élevé	<ul style="list-style-type: none"> ○ Poursuivre le plaidoyer pour le financement et la poursuite des activités de riposte au sida
Faible fonctionnalité des entités décentralisées du SE/CNLS et comités sectoriels	Moyen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sécurisation des ressources pour le fonctionnement ○ Évaluation pour la pertinence et rationalisation des structures ○ Prise en compte des opportunités locales pour maîtriser les coûts
Faible disponibilité des ressources humaines au niveau local (déperdition)	Moyen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mise en place d'un répertoire associé au Système d'information géographique (SIG) avec un mécanisme de surveillance et de gestion de la rotation ○ Mise en œuvre de la fonction locale et du pipeline rural ○ Assurer le suivi de la présence effective du personnel essentiel sur le terrain ○ Organiser des actions de plaidoyer pour le remplacement ou mise à disposition du personnel ○ Formation de personnel complémentaire
Insuffisance dans la qualité des données	Moyen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Audit de la qualité des données (RDQA et OSDV) ○ Renforcement des capacités des acteurs sur le remplissage des outils et la compréhension des indicateurs ○ Analyse périodique de la qualité des données du DHIS2 et SIGL ○ Sorties de vérification et correction des données
Faible promptitude et faible complétude des données	Moyen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcement des capacités des acteurs sur la production des rapports ○ Diffusion du planning de transmission des données et rapports ○ Sorties de collecte active des données non transmises ou manquantes

L'ensemble de ces mesures d'atténuation seront prises en compte prioritairement dans le Plan de mise en œuvre opérationnel (PMO) et feront l'objet de suivi spécifique.

8. ANNEXES

8.1. CADRE DE PERFORMANCE DU CSN 2018-2022

CADRE DE PERFORMANCE DU CSN 2018-2022 (14 indicateurs d'impacts et 22 indicateurs d'effets)								
Niveau	Indicateur	Données de base	Source et Année	2018	2019	2020	2021	2022
Indicateurs d'impact								
Impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2022	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH (HIV -I-9a (M))	11,40%	ESCOMB, 2017		9,12%			5,70%
	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	3,56%	ENSS 2015	3,20%	2,85%	2,49%	2,14%	1,78%
	Pourcentage de Professionnels du sexe vivant avec le VIH (HIV- I-10 (M))	14,20%	ESCOMB, 2015		12,07%			9,94%
	Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans	1,60%	ESCOMB, 2017	0,59%	0,57%	0,54%	0,50%	0,45%
	Pourcentage d'infection à VIH parmi les enfants nés de femmes séropositives au VH ayant accouché au cours des 12 derniers mois (HIV-I-6)	20,90%	Rapport GAM 2016	13,28%	10,69%	8,15%	6,31%	4,74%
	Nombre de nouvelles infections à VIH	8951	Spectrum, 2017	8 143	7 664	6 213	4 634	4 055
	Nombre de nouvelles infections par le VIH pour 1000 habitants non- infectés	0,711	Spectrum, 2017, projection INSD	0,69	0,63	0,50	0,36	0,31
	Prévalence du VIH chez les Miniers	1,40%	ESCOMB, 2017	1,26%	1,13%	1,02%	0,92%	0,83%
	Prévalence du VIH chez les Pêcheurs	3,80%	ESCOMB, 2017	3,42%	3,08%	2,77%	2,49%	2,24%
	Prévalence du VIH chez les Routiers	2,30%	ESCOMB, 2017	2,07%	1,86%	1,68%	1,51%	1,36%
	Prévalence du VIH chez les personnels en uniforme	3,50%	ESCOMB, 2017	3,15%	2,84%	2,55%	2,30%	2,07%
Prévalence du VIH chez la population carcérale	2,50%	ESCOMB, 2017	2,25%	2,03%	1,82%	1,64%	1,48%	
Impact 2 : D'ici à fin 2022, La mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 62%	Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral (HIV-O-1 (M))	75%	Rapport de l'audit de la file active, 2016,	78%	79%	82%	85%	90%
	Nombre de décès liés au sida pour 100 000 habitants (HIV-I-4)	4866	Spectrum, 2017	4 943	3 924	2 893	2 267	1 981
Indicateurs d'effets								

Effet 1.1. Au moins 80% des populations clés (PS, UDI, HSH) et populations vulnérables (Miniers, routiers, hommes en uniforme, populations carcérales, pêcheurs, jeunes) ont des comportements à moindre risque d'ici 2022	Pourcentage des Professionnels de sexe (PS) ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs avec le dernier client (HIV O-5 (M))	88%	ESCOMB, 2015	90%	92%	95%	95%	98%
	Pourcentage des HSH ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire de sexe masculin (HIV O-4a (M))	38%	ESCOMB, 2017	60%	65%	70%	80%	90%
	Pourcentage des Miniers ayant utilisés de préservatifs lors de dernière rapport sexuel	48%	ESCOMB, 2017	60%	70%	80%	85%	90%
	Pourcentage des Pêcheurs ayant utilisés de préservatifs lors de dernière rapport sexuel	64%	ESCOMB, 2017	70%	75%	80%	85%	90%
	Pourcentage des Routiers ayant utilisés de préservatifs lors de dernière rapport sexuel	55%	ESCOMB, 2017	60%	70%	80%	85%	90%
	Pourcentage des hommes en uniforme ayant utilisés de préservatifs lors de dernière rapport sexuel	31%	ESCOMB, 2017	50%	70%	80%	85%	90%
	Pourcentage de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	65%	ESCOMB, 2017	70%	80%	85%	90%	95%
Effet 1.3-la transmission sanguine du VIH est éliminée (risque=0%) pendant la période 2018-2022	Pourcentage de séropositivité au VIH parmi les donneurs de sang	3,15%	Données CNTS 2017	3%	2%	2%	1%	1%
	Pourcentage de séropositivité à l'hépatite parmi les donneurs de sang	8%	Rapport PNLISH 2015	7%	7%	6%	6%	5%
Effet 1.4- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins de 5%	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçues des ARV durant leur grossesse	42,25%	Données programme, fin 2017	60%	65%	70%	80%	90%
	Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance	12,81%	Données programme, fin 2017	30%	50%	60%	70%	80%
	Estimation du pourcentage d'infections à VIH parmi les enfants de femmes séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois	8,98%	Données programme, fin 2017	11%	9%	8%	6%	4%
Effet 2.1-75% des adultes et enfants vivant avec le VIH	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral	42,06%	Données programme, fin 2017	52%	58%	68%	71%	75%

bénéficiaire d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité d'ici à 2022	Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral (HIV 0-1)	Adulte : (79%)	Rapport GAM 2016	80%	85%	90%	95%	95%
		Enfants (71%)	Rapport GAM 2016	75%	78%	80%	85%	90%
Effet 2.2-Le taux de décès chez les patients coinfectés TB/VIH est réduit de 70% d'ici à fin 2022	Taux de mortalité des patients coinfectés TB/VIH	22%	UNAIDS, 2015	18%	15%	10%	8%	5%
	Pourcentage de PVVIH pris en charge (y compris soins PTME) chez qui les signes de la TB ont été recherchés au sein des structures de soins ou de traitement VIH (TB/VIH 3.1)	80%	Rapport PNLSH 2016	77%	90%	95%	98%	100%
	Pourcentages de PVVIH nouvellement enrôlés dans les soins du VIH qui ont commencé le traitement préventif de la TB (TB/VIH 4.1)	71%	Rapport PNLSH 2016	76%	76%	76%	80%	85%
Effet 2.3-90% des PVVIH sous ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois en 2022	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé la thérapie antirétrovirale, qui ont une charge virale indétectable à 12 mois (< 1000 copies/ml) (TCS 3.1)	75%	Rapport GAM 2016	80%	85%	90%	95%	95%
Effet 2.4-Au moins 90% des adultes de 15-49 ans, y compris les prestataires de soins et de services ont des attitudes de non-stigmatisation et non-discrimination à l'égard des PVVIH d'ici à fin 2022	Pourcentage d'adultes de 15-49 ans exprimant les quatre attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH	2,80%	Rapport EDS-MICS 2012	2%	2%	2%	2%	1%
Effet 3.1-D'ici à fin 2022, le taux d'exécution financière du PSN est supérieur à 80%	Pourcentage de financement de la lutte contre le VIH attribuable à l'état guinéen			10%	15%	20%	25%	30%

Effet 3.4-Entre 2018-2022, la gouvernance du CNLS assure une multisectorialité et une redevabilité optimales	Les systèmes de gestion (réunions hebdomadaire, AG annuels, GTSE, etc..) du SE/CNLS sont fonctionnels	N/A		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Pourcentage des structures de soins ayant connu au moins une fois une rupture de stock d'ARV au cours de l'année	17,60%	Guinea National Pharmaceutical Supply System Assessment - SIAPS, February 2017	10%	6%	2%	2%	2%

8.2 CADRE DES RESULTATS DU CSN 2018-2022

		2018	2019	2020	2021	2022	Total
Prévention							
Populations clés							
Professionnelles du sexe							
	Couverture	50%	60%	75%	80%	95%	
	Nombre de PS touchés par le paquet de services	7 556	9 303	11 931	13 057	15 908	57 755
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes							
	Couverture	50%	70%	80%	85%	90%	
	Nombre de HSH touchés par le paquet de services	769	1 104	1 295	1 411	1 533	6 112
Population carcérale							
	Couverture	50%	60%	75%	80%	85%	
	Nombre touchés par le paquet de services	1 973	2 429	3 115	3 409	3 716	14 642
Utilisateurs de drogue injectable (UDI)							
	Couverture	70%	80%	90%	95%	95%	
	Nombre de UDI touchés par le paquet de services	76	89	103	111	114	493
Populations vulnérables							
Jeunes							
	% élèves du primaire dont les enseignants ont été formés sur le SIDA	5%	5%	5%	5%	5%	
	% élèves du secondaire dont les enseignants ont été formés sur le SIDA	10%	10%	10%	10%	10%	

	% jeunes non scolarisés bénéficiaires	10%	10%	10%	10%	10%	
	% Elèves tertiaire bénéficiaires	20%	20%	20%	20%	20%	
	Nombre touchés par le paquet de services	282 610	290 806	299 239	307 917	316 847	1 497 419
Pêcheurs							
	Couverture	50%	60%	75%	80%	85%	
	Nombre touchés par le paquet de services	4 199	5 170	6 631	7 257	7 911	31 167
Hommes en uniforme							
	Couverture	50%	60%	75%	80%	85%	
	Nombre touchés par le paquet de services	3 888	4 787	6 139	6 719	7 325	28 858
Routiers							
	Couverture	35%	50%	60%	70%	75%	
	Nombre touchés par le paquet de services	2 939	4 308	5 304	6 349	6 980	25 882
Miniers							
	Couverture	50%	60%	75%	80%	85%	
	Nombre touchés par le paquet de services	4 199	5 170	6 631	7 257	7 911	31 167
Prestations de services							
Préservatifs							
	Préservatifs masculins	22 173 021	23 405 593	24 836 886	25 891 487	26 917 822	
	Préservatifs féminins	452 511	477 665	506 875	528 398	549 343	
Dépistage du VIH (adultes hors PTME, populations clés et vulnérables)							
	% population adulte recevant des services CTV chaque année	4,7%	6,0%	7,4%	8,7%	10,0%	
	Nombre d'adultes dépistés par an	49 707	65 296	82 867	100 250	118 572	416 692
Soins des Infections sexuellement transmissibles (hors populations clés et vulnérables)							
	% hommes souffrant d'une IST et recevant un traitement	20%	25%	30%	35%	40%	
	% femmes souffrant d'une IST et recevant un traitement	15%	19%	23%	27%	31%	
	Nombre de cas d'IST pris en charge	41 823	53 850	66 571	80 019	94 231	336 495
Sécurité sanguine							
	% d'unités de sang testé destiné aux transfusions	20%	40%	50%	60%	70%	
	Nombre de poches de sang testés et sécurisés	23 788	48 956	62 969	77 754	93 344	306 812
Prise en charge des cas d'exposition au sang (AES)							
	Pourcentage des besoins satisfaits	10%	20%	30%	40%	50%	
	Nombre total de cas déclarés et pris en charge	2 508	6 266	11 936	17 406	26 217	64 333
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)							
	% femmes enceintes recevant des services prénatals et testées pour le VIH	60%	70%	80%	90%	95%	
	% femmes enceintes séropositives traitées par ARV	60%	65%	70%	80%	90%	

	% femme PTME recevant du Cotrimoxazole	10%	10%	10%	10%	10%	
	% d'enfants exposés dépistés à 2 moins de vie (PCR)	30%	50%	60%	70%	80%	
	Nombre de femmes dépistées lors de la CPN	321 138	385 526	453 379	524 842	570 066	2 254 951
	Nombre de femmes séropositives recevant des soins prophylactiques ARV	6 174	7 137	7 909	8 969	9 132	39 320
	Nombre de femmes recevant du Cotrimoxazole	630	728	807	915	932	4 011
	Nombre d'enfants exposés bénéficiaires de la PCR	1 797	3 461	4 603	6 090	7 087	23 037
Soins et traitement							
Traitement ARV							
	Population dans le besoin recevant une thérapie ARV	54%	64%	74%	77%	82%	
	Proportion des enfants recevant des ARV	29%	42%	51%	59%	68%	
	Nombre d'adultes recevant une thérapie ARV	59 904	71 916	85 112	90 657	96 724	
	Nombre d'enfants recevant une thérapie ARV	3 010	4 304	5 150	6 024	6 843	
Soins et prophylaxie non ARV							
	Couverture des personnes ayant besoin de soins	73%	81%	73%	65%	57%	
	Soins en l'absence de thérapie ARV (par an)	28 024	81 950	47 187	42 306	29 003	
Examen diagnostique							
	Pourcentage des patients médicaux subissant un examen diagnostique	35%	49%	63%	76%	90%	
	Nombre de bénéficiaires	22 146	37 272	56 504	73 768	93 210	

8.3 REPARTITION DU BUDGET CSN 2018-2022

Le budget est exprimé en USD

	2018	2019	2020	2021	2022	Montant	%
Prévention	13 485 584	14 661 905	15 664 578	18 375 443	19 316 880	81 504 391	33,01
Populations clés:							
- Professionnel(le)s de sexe - Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes - Population carcérale - UDI	960 496	941 749	1 231 682	1 244 633	1 531 795	5 910 354	2,39
- Pêcheurs - Miniers - Forces de Défense et de Sécurité - Routiers - Jeunes	8 204 511	8 254 534	8 857 043	9 486 236	9 659 123	44 461 447	18,01
Prestation de services:							
- Fourniture de préservatifs - Traitement des IST - Conseil dépistage - PTME	4 246 715	5 388 171	5 501 991	6 456 877	7 338 265	28 932 019	11,72
Soins de santé:							
- Sécurité du sang - Prophylaxie post exposition	73 862	77 451	73 862	1 187 698	787 698	2 200 571	0,89
Services de soin et de traitement	18 951 119	23 001 216	26 564 211	27 839 746	29 197 374	125 553 665	50,84
-Thérapie ARV - Soins et prophylaxie en l'absence de thérapie ARV	18 951 119	23 001 216	26 564 211	27 839 746	29 197 374	125 553 665	-
Politique, admin., recherche, suivi et évaluation	4 677 664	7 333 511	9 599 245	8 594 867	9 672 406	39 877 694	16,15
- Facteurs déterminants - Appui communautaire - Système de santé - Renforcement des capacités	4 677 664	7 333 511	9 599 245	8 594 867	9 672 406	39 877 694	-
Total Unité de USD	37 114 367	44 996 632	51 828 034	54 810 057	58 186 659	246 935 749	100,00

8.4 VENTILATION DU BUDGET CSN 2018-2022 PAR IMPACTS ET EFFETS

Budget par impact et effets		Périodes					Budget Total 2018-2022	%		
		2018	2019	2020	2021	2022				
Priorité -1		Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les populations vulnérables (en l'occurrence les jeunes filles, les jeunes femmes), les populations clés et éliminer celle chez les enfants								
	Impact-1	Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici à fin 2022	13 485 584	14 661 905	15 664 578	18 375 443	19 316 880	81 504 391	33,01	
		Effets	1.1-Au moins 80% des populations clés (PS, UDI, HSH) et populations vulnérables (Miniers, routiers, hommes en uniforme, populations carcérales, pêcheurs) ont des comportements à moindre risque d'ici 2022	9 165 007	9 196 283	10 088 725	10 730 868	11 190 917	50 371 801	20,40
			1.2-90% des PVVIH connaissent leur statut sérologique et sont référés vers les services de soins/traitement	498 203	833 954	620 525	711 301	926 422	3 590 404	1,45
			1.3-la transmission sanguine du VIH est éliminée (risque=0%) pendant la période 2018-2022	353 451	736 860	883 523	1 291 347	1 887 073	5 152 255	2,09
			1.4- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins de 5%	3 395 061	3 817 357	3 997 943	4 454 229	4 524 769	20 189 359	8,18
			1.5-70% des femmes et jeunes filles victimes de VSBG pendant la période 2018-2022 ont bénéficié d'une prise en charge holistique (santé, juridique et psychologique)	73 862	77 451	73 862	1 187 698	787 698	2 200 571	0,89
Priorité -2		Réduire de manière très significative la mortalité chez les PVVIH								
	Impact-2	D'ici à fin 2022, La mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 62%	18 951 119	23 001 216	26 564 211	27 839 746	29 197 374	125 553 665	50,84	
		Effets	2.1-75% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité d'ici à 2022	17 056 776	19 707 179	22 258 312	22 255 563	22 020 175	103 298 004	41,83
			2.2-Le taux de décès chez les patients coïnfectés TB/VIH est réduit de 70% d'ici à fin 2022	1 195 148	2 072 657	3 365 487	4 714 600	6 385 273	17 733 165	7,18
			2.3-90% des PVVIH sous ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois en 2022	556 496	630 183	560 881	491 578	422 276	2 661 415	1,08
			2.4-Au moins 90% des adultes de 15-49 ans, y compris les prestataires de soins et de services ont des attitudes de non- stigmatisation et non- discrimination à l'égard des PVVIH d'ici à fin 2022	142 698	591 198	379 531	378 005	369 650	1 861 082	0,75

Priorité -3		Renforcer la gouvernance et la résilience de la riposte au sida pour des meilleures réponses locales et pour la disponibilité de l'information stratégique								
	Impact-3	Les systèmes de gestion, de suivi évaluation, de coordination et de gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2022		4 677 664	7 333 511	9 599 245	8 594 867	9 672 406	39 877 694	16,15
		Effets	3.1-D'ici à fin 2022, le taux d'exécution financière du PSN est supérieur à 80%	39 695	99 021	82 612	175 626	169 875	566 830	0,23
			3.2-Le secteur communautaire et le secteur privé disposent des capacités managériales, techniques et opérationnelles pour assurer au moins 80% de la réponse dans leur secteur d'ici à fin 2022	1 250 710	2 793 947	2 675 608	2 192 490	2 669 354	11 582 110	4,69
			3.3-Durant la période 2018- 2022, le système national de suivi évaluation de la riposte est à même de produire tous les données et indicateurs avec une qualité, une complétude et une promptitude supérieure à 95%	625 631	647 554	1 665 983	794 650	1 122 826	4 856 644	1,97
			3.4-Entre 2018-2022, la gouvernance du CNLS assure une multisectorialité et une redevabilité optimales	2 761 628	3 792 988	5 175 041	5 432 102	5 710 351	22 872 110	9,26
Budget total				37 114 367	44 996 632	51 828 034	54 810 057	58 186 659	246 935 749	100,00

8.5. Liste des participants à l'atelier de planification du cadre stratégique national de lutte contre le sida du 13 au 22 novembre 2017 à Kindia

N°	Prénoms et Noms	Structure	Fonction	Phone
1	Dr Abass DIAKITE	SE/CNLS	SE	624 196 205
2	Dr Thierno Souleymane DIALLO	SE/CNLS	Chef DP SER	624 196 208
3	Dr Mahawa SOUMAH	SE/CNLS	SEA	624 196 206
4	Adama CAMARA	SE/CNLS	CDPSC	624 196 251
5	Dr Howoro Alphonse LOUA	SE/CNLS	CDRSAD	624 196 261
6	Oumar DOUMBOUYA	SE/CNLS	Resp.Cabinet	624 196 264
7	Nagnouman TOURE	SE/CNLS	Chef DCOM	624 196 281
8	Lazare M'BOUNGOU	SE/CNLS	CP/FM	623 758 302
9	Bakary KEITA	SE/CNLS	Assistant	622 235 527
10	Alphonse Vohou SAKOUVOGUI	Consultant	National	621 251 115
11	Audace NIYONGERE	Consultant	International	628 442 599
12	Alsény Ibrahima CAMARA	SE/CNLS	Resp Cel Planification	620 716 087
13	Ali DIALLO	SE/CNLS	Assistant/Planification	624 196 271
14	Dr NANSIRA KEITA	SE/CNLS	Rep Recherche	655 318 241
15	Dr Massila DIONE	SE/CNLS	Resp.Cel S E&R	624 196 277
16	Kanny DIALLO	SE/CNLS	Assistante Cel S&E	624 722 241
17	Alexis LAMAH	SE/CNLS	Resp Cel Finance Comp	628 531 838
18	Fatoumata SANGARE	SE/CNLS	Resp Cel Partenariat	624 196 253
19	Soba DIALLO	SE/CNLS	Compta / Partenaire	621 263 013
20	Fatoumata Binta DIALLO	SE/CNLS	Assistante D COM	624 196 284
21	Mamady Kankou CAMARA	BCR/Kindia	Coordonateur	622 555 778
22	Bakary TRAORE	BCR/Kindia	Comptable	622 831 898
23	Nouhan DIAKITE	BCR.Kindia	Suivi Evaluation	620 581 314
24	Dr Feridah MARA	DNSFN/ M S	Chef S A J	622 180 166
25	Dr Pierre BALAMOU	UNICEF	Specialiste M&E	622 998 960
26	Pascal T BONIMY	ONUSIDA	C I S	623 634 119
27	Dr YEBOUE K Michel	OMS	Medecin	22 670 788 879
28	Dr Siriman CAMARA	OMS	A.T.M	622 816 283
29	jean Clement SIBO	MSF	Ref Med Projet	656 555 008
30	Marcos TAMARIZ	MSF-B	Resp Plaidoyer	656 555 300
31	Dr Mamey CONTE	PNL SH	Chef unité IEC/CCC	624 196 295
32	Dr Youssouf KOITA	PNL SH	Coordonnateur	628 534 102
33	Hadja Fatoumata Binta DIALLO	REGAP+	Présidente	622 260 946
34	Sidy DIALLO	FMG	Chargé des ARV	624 196 210
35	Mamadou GARCK	AAECG	Coordonateur	620 798 617
36	Diallo Fatoumata	AJFDG	Membre	622 674 234
37	Aboubacar SAVANE	Labo National	Chef Labo	622 396 761
38	Dr Mafaudia TOURE	Pediat DONKA	Pediatre	621 168 051
39	Mamadou saidou DIALLO	CNTS	Chef S/Prelevement	622 421 463
40	Dr Mariama ciré KOUYATE	ASFEGMASSI	Rep PEC	622 627 657
41	Dr Hawa TOURE	Ministère de la Santé	D.N.A.P.S.C	622 428 616
42	Mariama BARRY	Ministère de la Jeunesse	Point focal Comité	628 616 261
43	Kadiatou MAGASSOUBA	MPCI/DNIP	Chargé d'etudes	628 202 451
44	Dr Doma TRAORE	R A Kindia	Dir /CAB	664 939 164