

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail-Justice-Solidarité

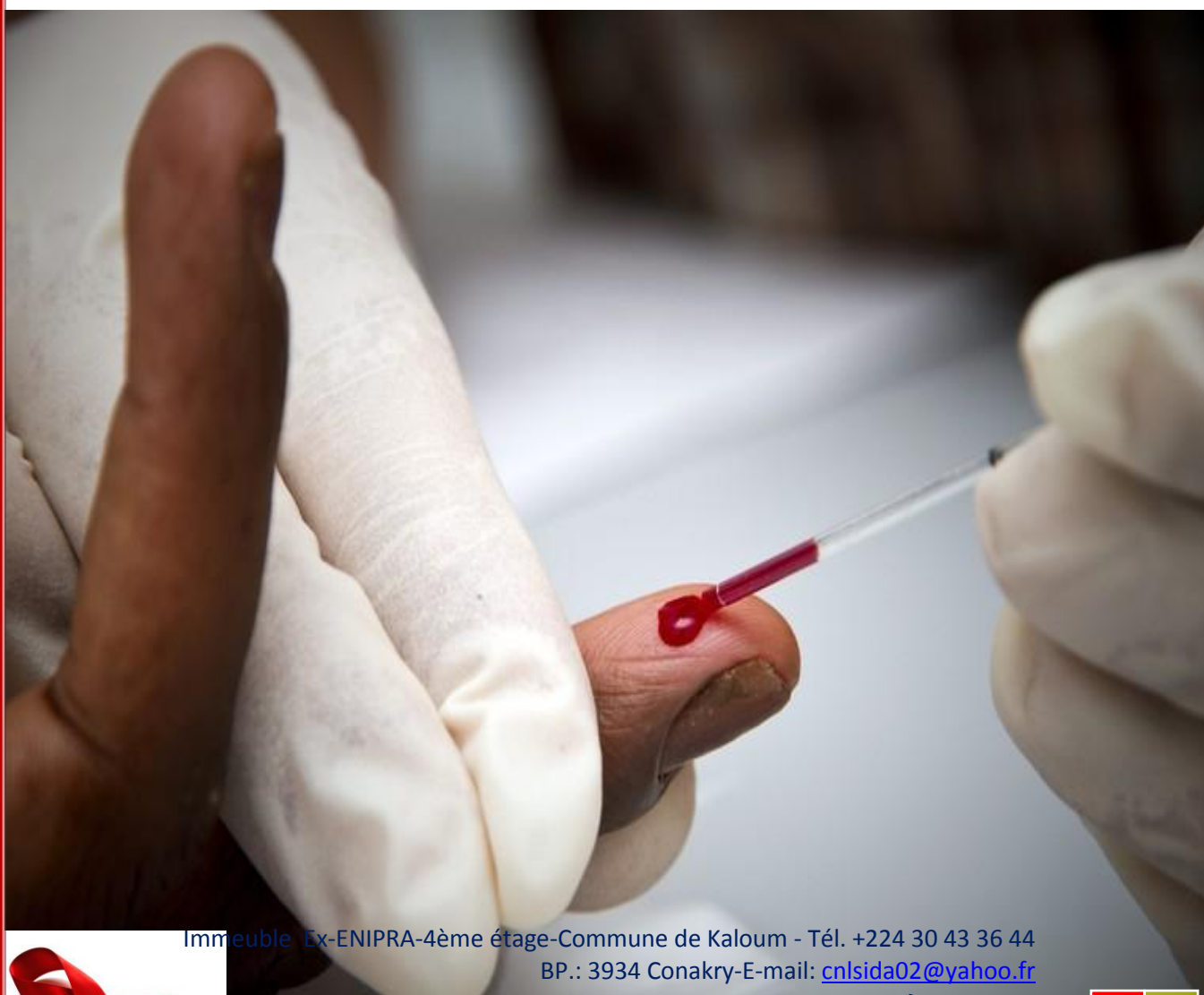


Comité National de Lutte contre le Sida



Secrétariat Exécutif du Comité Nationale de lutte contre le Sida

## BILAN DE LA RIPOSTE AU VIH/SIDA 2016



Immeuble Ex-ENIPRA-4ème étage-Commune de Kaloum - Tél. +224 30 43 36 44  
BP.: 3934 Conakry-E-mail: [cnlsida02@yahoo.fr](mailto:cnlsida02@yahoo.fr)

Février 2017



## TABLE DES MATIERES

<b>1. ACRONYMES.....</b>	<b>4</b>
<b>2. REMERCIEMENTS.....</b>	<b>6</b>
<b>3. INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>I.5 2. Organisation de la retraite conjointe annuel du SE/CNLS élargie à ses partenaires.....</b>	<b>7</b>
<b>I.6 3. Organisation de l'Assemblée Générale du CNLS.....</b>	<b>7</b>
<b>4. RESUME EXECUTIF.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1. Les 10 engagements.....</b>	<b>8</b>
<b>5. SITUATION GÉOGRAPHIQUE.....</b>	<b>11</b>
<b>6. SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE.....</b>	<b>11</b>
<b>7. SYSTÈME DE SANTÉ ET AUTRES SERVICES SOCIAUX DE BASE.....</b>	<b>13</b>
<b>7.1. Le Versant Gestionnaire.....</b>	<b>13</b>
<b>7.2. Le Versant Prestataires.....</b>	<b>14</b>
7.2.1. Le sous-secteur public Composé de :.....	14
7.2.2. Le sous-secteur para public composé :.....	15
7.2.3. Le sous-secteur privé :.....	15
<b>Situation des Structures de Santé dans Le Domaine Du VIH.....</b>	<b>15</b>
<b>9. SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES (RH) DE LA SANTÉ.....</b>	<b>16</b>
<b>10. EN MATIERE D'INFORMATIONS SANITAIRES.....</b>	<b>16</b>
<b>11. LE SYSTÈME COMMUNAUTAIRE.....</b>	<b>17</b>
<b>12. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE.....</b>	<b>19</b>
<b>13. DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE ET DE LA RIPOSTE AU VIH/SIDA EN GUINÉE.....</b>	<b>19</b>
13.1. Situation de l'épidémie du VIH dans la population générale.....	19
13.2. Situation de l'épidémie du vih chez les femmes enceintes.....	20
13.3. Situation de l'épidémie du vih chez les groupes spécifiques.....	21
<b>13.4. Modes de transmission.....</b>	<b>22</b>
<b>13.5. Nouvelles infections vih.....</b>	<b>23</b>

<b>14. IMPACT DU VIH.....</b>	<b>23</b>
14.1. Décès liés au Sida .....	23
14.2. Orphelin liés au sida .....	23
<b>15. GAPS PROGRAMMATIQUES.....</b>	<b>24</b>
15.1. Dépistage du VIH .....	24
15.2. Traitement ARV .....	25
15.3. Prévention de la transmission Mère –Enfant (PTME) et la PEC pédiatrique .....	25.
15.4. Coïnfection TB/VIH .....	26
<b>16. RÉSULTATS PROGRAMMATIQUES DE LA RIPOSTE AU SIDA EN 2016 :.....</b>	<b>27</b>
16.1 Dans le domaine du dépistage volontaire et sur l’initiative du soignant :.....	27
16.2 Dans le domaine de prévention de la transmission mère-enfant :.....	27
16.3 Dans le domaine de la prise en charge en ARV : .....	28
16.4 Coïnfection Hépatites/VIH.....	29
16.5 16.5 Suivi biologique des PVVIH, .....	30
16.6 Comptage CD4 : .....	30
16.7 Les politiques et normes nationales.....	30
<b>17. BILAN FINANCIER .....</b>	<b>31</b>
<b>1. Exécution budgétaire exercice 2016 du Secrétariat Exécutif du CNLS .....</b>	<b>31</b>
1.1. Activités dans le cadre de l’exécution du budget de l’Etat .....	31
1.1.1. Activités dans le cadre de l’exécution du budget de Fonctionnement .....	31
1.1.2. Activités dans le cadre de l’exécution du budget d’investissement .....	31
<b>2. Activités dans le cadre de l’exécution du budget des partenaires techniques et financiers .....</b>	<b>31</b>
2.1. . Activités dans le cadre de l’exécution du budget du Fonds mondial .....	31
<b>17. PRINCIPAUX DEFIS ET ACTIONS PRIORITAIRES POUR 2017 .....</b>	<b>33</b>
<b>18. PRINCIPAUX GOULOTS ET ACTIONS PRIORITAIRES .....</b>	<b>36</b>
<b>19. CONCLUSION.....</b>	<b>39</b>

## 1. ACRONYMES

AgHBS	Antigène HBS
AJFD	Association des Jeunes Dévouées
AOC	Afrique de l'Ouest et du Centre
ARV	Anti Rétroviral
BAD	Banque Africaine de Développement
BIDC	Banque d'Investissement et de Développement de la CEDEAO
CECOJE	Centre d'Ecoute et de Conseil pour Jeune
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats d'Afrique de l'Ouest
CPN	Consultation Périnatale
CNLS	Comité National de Lutte Contre le VIH/Sida
DREAM	« Disease Relief through Excellent and Advanced Means » (ONG de la Communauté Sant'Egidio)
EDS-MICS	Enquête démographique de Santé à indicateurs multiples
ENSS	Enquête Nationale de Surveillance Sentinelle
ESCOMB	Enquête Socio-comportementale et Biologique
eTME	Elimination Transmission Mère -Enfant
FM	Fonds mondial
FMG	Fraternité Médicale Guinée
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GIZ	Coopération Allemande
HSB	Homme Sexe Homme
IO	Infections Opportunistes
MSF	Médecins Sans Frontières
NFS	Numération Formule Sanguine
OBC	Organisation à Base Communautaire
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PEC	Prise en Charge
PECP	Prise en charge Pédiatrique
PNPCSP	Programme National de Prévention et de Prise en Charge des PVVIH
PR	Principal Réciendaire
PS	Professionnel de Sexe
PSI	Population Service International

PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
R6M	Rendez Vous tous les 6 mois
RCA	République Centre Africaine
RDC	République Démocratique du Congo
REGAP+	Réseau des Personnes Affectées et Infectées par le VIH/Sida
SADJ	Service Droit Adolescent/Jeune
SE/CNLS	Secrétariat Exécutif du Comité de Lutte Contre le VIH/Sida
SMNI	Santé Maternelle Néo natale et infantile
Solthis	Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé
TARV	Traitement Anti Rétroviral
TB	Tuberculose
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience

## 2. REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce rapport d'activités 2016 sur la riposte au VIH/Sida en Guinée constitue le résultat de la collaboration d'institutions diverses et des Contributions d'un grand nombre de personnes ressources à différents niveaux. Le présent rapport présente les principales réalisations, les Gaps programmatiques, les défis de la riposte nationale au sida au cours de l'année 2016, dans un contexte post-**épidémique de la maladie à virus hémorragique d'EBOLA**.

L'épidémie de la maladie à virus hémorragique d'Ebola s'était rapidement propagée en Guinée, dans toutes les 8 régions administratives avec 27 préfectures sur 38 (71,1%) et a entraîné 2 536 décès générale (Source : Strep Hebdomadaire semaine 52, OMS 2015).

Les résultats obtenus sont encourageants certes, mais le pays doit redoubler d'efforts pour l'atteinte des objectifs mondiaux de lutte contre le Sida dans certains domaines. Il s'agit notamment : i) de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ii) de la prévention de proximité auprès de groupe de populations les plus à risque, ii) du Suivi biologique des personnes infectées par le VIH, iii) de l'implication du monde communautaire dans la prévention et la prise en charge du VIH, et iv) du Suivi-Evaluation des interventions.

En réitérant ma reconnaissance à toutes les parties prenantes à cette œuvre commune, j'appelle à une plus grande mobilisation sociale et exhorte l'ensemble des partenaires à toujours soutenir les actions du Comité National de Lutte contre le Sida pour infléchir la tendance évolutive de l'épidémie du VIH en Guinée.

Ce rapport a permis au Gouvernement et plus particulièrement aux responsables des programmes et projets et acteurs impliqués dans la lutte contre le sida, de mesurer les progrès réalisés durant l'année 2016 et d'appréhender les défis à relever.

Enfin, nous saluons les efforts faits par nos partenaires et acteurs au développement pour atteindre les objectifs audacieux qui ont été fixés pour la réalisation de la vision TROIS 90 de l'ONUSIDA d'ici 2020 à savoir : « 90% dépisté », « 90% traité » et « 90% charge virale indétectable » devienne une réalité en république de Guinée.

**Secrétaire Exécutif du CNLS**

**Dr. Abass DIAKITE**

### 3. INTRODUCTION

En Guinée, environ 120 000 personnes vivaient avec le VIH à la fin de 2015. 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). La prévalence du VIH est particulièrement élevée chez les femmes, qui représentent 52% de tous les adultes vivant avec le VIH.

L'atteinte des objectifs 90 connaît encore des difficultés. Plusieurs gaps programmatiques ressortent de la cascade des soins : 32% pour le dépistage, 71% pour la mise sous traitement ARV, 89% pour la PTME, 96% pour la PECP et 40% pour la coïnfection TB/VIH.

L'élaboration de ce rapport d'activités 2016 sur la riposte au VIH/Sida en Guinée constitue le résultat de la collaboration d'institutions diverses et des Contributions d'un grand nombre de personnes ressources à différents niveaux. Le présent rapport présente les principales réalisations de la riposte nationale au sida au cours de l'année 2016.

Ce rapport a permis au Gouvernement et plus particulièrement aux responsables des programmes et projets et acteurs impliqués dans la lutte contre le sida, de mesurer les progrès réalisés durant l'année 2016 et d'appréhender les défis à relever.

Les résultats obtenus sont encourageants, mais le pays doit redoubler d'efforts pour l'atteinte des objectifs mondiaux de lutte contre le Sida dans certains domaines. Il s'agit notamment : i) de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ii) de la prévention de proximité auprès de groupe de populations les plus à risque, iii) du Suivi biologique des personnes infectées par le VIH, iv) de l'implication du monde communautaire dans la prévention et la prise en charge du VIH, et v) du Suivi-Evaluation des interventions.

L'année 2016 a été marquée par un fort engagement de l'Etat Guinéen et de ses partenaires pour l'atteinte des objectifs 90-90-90 de la riposte au VIH dans un contexte de rareté des ressources en phase poste Ebola. Cet engagement s'est traduit par une augmentation considérable de la subvention de l'Etat et des partenaires notamment le Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Ce qui a permis d'obtenir les résultats ci-après :

**1. Prise en charge de 43 673 patients sous ARV et disponibilisation des intrants et consommable** dans les sites VIH, et la rénovation de 39 infrastructures sanitaires et l'acquisition de plusieurs équipements biomédicaux et logistiques

#### **I.5 2. Organisation de la retraite conjointe annuel du SE/CNLS élargie à ses partenaires**

Conformément au principe du « TREE ONES » à savoir un seul cadre stratégique national pour la lutte contre les IST/VIH/sida, une seule coordination et un seul système de suivi et d'évaluation, le SE/CNLS a organisé sa retraite annuelle conjointe avec les partenaires de la lutte contre le VIH à Kindia du 03 au 05 juin 2016.

Cette rencontre avait pour objectif général de valider techniquement les rapports de 2015 et le plan d'action opérationnel budgétisé de la riposte en prélude à l'Assemblée Générale de l'année 2016.

#### **I.6 3. Organisation de l'Assemblée Générale du CNLS**

le Secrétariat Exécutif du CNLS, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, a organisé la 8ème Assemblée Générale (AG) du CNLS sous le thème « Rendre accessibles les services VIH à tous ». Elle s'est tenue le 23 novembre 2016 à Novotel, présidée par Son Excellence Monsieur le Ministre d'Etat de la Justice, Garde des Sceaux, représentant Son Excellence Monsieur le Premier Ministre, Mamady YOULA, Président du CNLS.

L'objectif général de cette assemblée était de dresser le bilan de la riposte au VIH/sida en Guinée de 2015 et présenter les perspectives de 2016.

## 4. RESUME EXECUTIF

### 1.7 4.1 Les 10 engagements

#### Vue d'ensemble:

Dans le cadre du respect des engagements pris pour l'atteinte des objectifs **90-90-90** d'ici 2020, l'accélération de la riposte en République de Guinée se présente comme suit:

- 1. Traitement des PVVIH:** 43 740 Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) sont sous traitement ARV dont femmes : 29737 et hommes : 14003. Sur **16 301** personnes dépistées séropositives, **11 838** ont été mis sous ARV, soit **73%**, Rupture de stock : **16% (9/57)**.
- 2. e-TME : 96%** des femmes enceintes ont été mises sous ARV pour réduire le risque de Transmission mère-enfant. Le diagnostic précoce réalisé est de **38%**. Le taux de syphilis dépisté et traité est de **7%**.
- 3. Populations clés: 86,4%** des PS enquêtées pendant l'ESCOMB 2015 connaissent leur statut sérologique. Les enquêtes concernant les HSH et les UDI sont en cours.
- 4. Violence et discrimination:** Aucune nouvelle donnée n'a été rendue disponible en 2016.
- 5. Nouvelles infections chez les jeunes:** En attente des résultats de l'enquête **EDS-MICs V**, processus amorcé.
- 6. Protection sociale:** Pas des données nouvelles en 2016
- 7. Gestion par la communauté:** La politique nationale de santé communautaire et la stratégie nationale des interventions communautaires donnent des orientations claires sur la gestion par la communauté des services fournis.
- 8. Dépenses liées au VIH:** concernant la prévention et les services sociaux, les dépenses sont respectivement de 18% et de 0,3% du total des dépenses.
- 9. Droits humains:** la mise en œuvre de la stratégie de plaidoyer/droits humains pour l'amélioration des résultats en matière de santé liée au VIH, permettra aux populations clés et aux PVVIH de défendre efficacement leurs droits.
- 10. Couverture universelle:** la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre les IST/VIH permettra de sortir le Sida de son isolement par une prise en charge effective de la coinfection TB/VIH et d'autres maladies telles que le cancer du col de l'utérus, les hépatites B et C.

En outre, la finalisation de Spectrum Guinée 2016 permettra de faire une analyse très affinée afin de ressortir de façon plus précise le niveau des dix (10) engagements dans l'atteinte des objectifs 90-90-90 d'ici 2020.

#### Spécifiquement :

- **ENGAGEMENT 1. Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90–90–90 d'ici 2020:**

En Guinée, selon le rapport annuel 2016 du PNPCSP, le nombre de personnes dépistées positives et connaissant leur statut sérologique est de 16 301 (hommes: 5 043 et femmes: 11 258) parmi lesquelles



11 838 (hommes: 3 189 et femmes: 8 649) sont sous traitement ARV. Selon l'enquête de survie, 78,7% (381/484) des PVVIH sont sous traitement 12 mois après avoir commencé. Pour la période de rapportage 9/57 sites de PEC ont connu une rupture de stock d'au moins une molécule. Le taux de mortalité lie au VIH est de 5/100 000 habitants.

- **ENGAGEMENT 2. Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018:**

Le rapport 2016 du PNPCSP montre que 2 495 nourrissons ont subi un diagnostic précoce (PCR) sur 6 568 femmes testées positives et suivies en PTME. Les données sur la TME ne seront disponibles qu'après la finalisation du Spectrum. Concernant la PTME, le nombre des femmes enceintes testées positives est de 2 900 parmi lesquelles 2 774 (96%) sont mises sous ARV, pour réduire la TME au cours des 12 derniers mois. Parmi les femmes enceintes reçues en CPN, 3,4% (9 417/277 820) ont subi un test de dépistage de la syphilis parmi lesquelles 661, soit 7% sont positives et ont bénéficié d'au moins une dose de pénicilline benzathine 2.4 mU.

- **ENGAGEMENT 3. Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers:**

Les résultats sur l'incidence du VIH seront disponibles après la finalisation du Spectrum Guinée 2016. Quant à l'estimation de la taille des populations clés, l'enquête est en cours. Selon l'ESCOMB 2015, la prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe est de 14% (284/1994). Parmi elles, 86,97% connaissent leur statut sérologique. Les données sur les HSH seront disponibles courant 2017. Quant à l'enquête sur les utilisateurs des drogues injectables (UDI), aucune donnée n'est disponible à ce jour. La situation de transgenres n'est pas explorée à ce jour dans le pays. Aucune nouvelle donnée n'est disponible pour la population carcérale.

- **ENGAGEMENT 4. Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020:**

Depuis 2011, aucune nouvelle donnée concernant la violence, la discrimination et la stigmatisation n'est disponible.

- **ENGAGEMENT 5. S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes:**

Aucune nouvelle donnée n'est disponible à ce jour mais l'enquête EDS-MICS 5 est en cours.

- **ENGAGEMENT 6. S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH d'ici 2020:**

Il n'y a pas eu de revue du document sur la politique de protection sociale dont la dernière version date de janvier 2011.

- **ENGAGEMENT 7. Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020:**

La stratégie nationale des interventions communautaires de 2017 s'inspire du plan national de santé communautaire du Ministère de la santé. Elle a pour fondements :

- Une approche de soins-santé chez les personnes comme un principe directeur pour une meilleure implication des individus, des familles et des communautés;
- Le transfert des compétences et des ressources aux collectivités locales;
- La mise en place du dispositif de dialogue politique et d'instruments de collaboration tels que la contractualisation, le faire-faire et la participation,
- La fourniture des services en complément de l'action gouvernementale, la mise en œuvre et de suivi des interventions.

Ces fondements démontrent à coup sûr les initiatives d'implication et de gestion effective de la plupart des services fournis par la communauté.

- **ENGAGEMENT 8. Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur d'US \$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux**

Pour l'annexe 2016, le montant globale des dépenses liées au VIH se chiffrent à **40 764 341** dollars dont **18%** pour la prévention et **0,3%** pour la protection sociale, Cf. résultats de l'indicateur 8.1A-H dépenses totales associées au VIH.

- **ENGAGEMENT 9. Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque ou bien affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme:**

La stratégie nationale de plaidoyer/droits humains pour l'amélioration des résultats en matière de santé liée au VIH, se veut améliorer la capacité des organisations des populations clés/PVVIH et du leadership, afin de les aider à défendre leurs droits plus efficacement. Elle prévoit la participation des organisations des populations clés/PVVIH aux forums régionaux et sous régionaux africains avec leurs pairs. Elle prévoit également des formations des medias pour les populations clés/PVVIH, des formations juridiques et des services pour les dirigeants, de créer des relations personnelles entre les populations clés et les membres influents de la société (autorités nationales, les forces armées, système des nations unies, ambassades...) et de renforcer la visibilité des PS et des PVVIH. Il a été mis en place depuis 2016 un groupe des défenseurs des droits de l'homme basés sur les champions pour une génération sans Sida en Afrique (<http://www.aidsfreechampions.org>).

- **ENGAGEMENT 10. S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C**

La Politique nationale de lutte contre les IST et le VIH/Sida a désormais une dimension intersectorielle. Le Sida n'est plus la seule affaire des professionnels de la santé; il demeure une préoccupation de tous les

acteurs de la vie nationale. Elle se veut une santé de la population et non une santé pour la population. Le secteur de la santé sous la direction du ministère de la santé est chargé de mettre en œuvre la politique nationale de lutte contre les IST/Sida avec pour principales stratégies :

- La prévention de la transmission sexuelle du VIH des autres IST;
- La prise en charge effective des IST;
- La prévention et la prise en charge des infections opportunistes;
- Le renforcement de la politique nationale des médicaments essentiels en tenant compte des infections opportunistes au cours du Sida et des autres IST;
- La formation des acteurs impliqués dans les programmes de lutte contre les IST/Sida.

**1.7.1.1 Toutes ces stratégies permettront d'intégrer progressivement la prise en charge des maladies telles que le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C dans les programmes VIH. La prise en charge de la coïnfection VIH/TB est déjà effective grâce à la coordination entre le programme VIH et le programme TB, ceci est dû à la forte prévalence de la coïnfection VIH/TB (23,4 %.)**

## 5. SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Pays côtier de l'Afrique de l'Ouest, la République de Guinée se situe entre les 7° et 12° de latitude nord et les 8° et 15° de longitude ouest. Il couvre 245 857 Km<sup>2</sup>, limité par l'océan Atlantique et la Guinée Bissau à l'Ouest, la Côte d'Ivoire à l'Est, le Sénégal et le Mali et Sierra Léone et le Libéria au Sud. La Guinée est divisée en quatre régions naturelles bien distinctes et homogènes : la Basse guinée ou guinée maritime, la haute guinée, la moyenne guinée et la guinée forestière. Chaque région naturelle possède des particularités distinctes du point de vue climat, sols, végétation et mode de vie des populations

Sur le plan administratif, la Guinée compte huit (8) régions administratives, y compris la Capitale Conakry, 33 préfectures, 38 communes urbaines (CU) dont 5 à Conakry, 303 communautés rurales de développement (CRD) et 1615 districts ruraux.

## 6. SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Selon les statistiques du recensement général de la population et de l'Habitation de 2014, la population guinéenne est estimée à 10 628 972 habitants avec une densité de 47,9 habitants au Km<sup>2</sup>. Environ 64 % de la population vivent en milieu rural et les femmes représentent près de 51,6 % de la population. La population croît rapidement en raison d'une fécondité élevée (ISF 5,1 en 2012) et d'une mortalité infantile en baisse (67 pour 1000 en 2012) [EDS-MICS, 2012]. Il résulte de cette forte croissance une extrême jeunesse de la population : plus de 50% avaient moins de 18 ans en 2010 [Nations Unies, 2013].

L'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté en Guinée [ELEP, 2012] indique que 55,2% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 300 dollars US par an). La croissance économique est estimée à 3,9% en 2012 et l'inflation se situe à 12,8% contre 19% en 2011. Près de 68% des ménages ont accès à l'eau potable et seulement 19% disposent de l'électricité. Le chômage touche 10,5% de la population urbaine et 14% de la population de Conakry. Les réformes amorcées par le gouvernement ont permis l'atteinte du point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE) en 2012. Le tableau n°2 ci-dessous montre la projection de la population guinéenne de 2014 à 2017.

**Tableau 1 : Projection de la population guinéenne de 2013 à 2017 (Source : RGPH 2014)**

Régions	Population 2014	Population 2015	Population 2016	Population 2017
Boké	1 081 445	1 105 237	1 129 552	1 154 402
Conakry	1 667 864	1 704 557	1 742 057	1 780 383
Faranah	942 733	963 473	984 670	1 006 332
Kankan	1 986 329	2 030 028	2 074 689	2 120 332
Kindia	1 559 185	1 593 487	1 628 544	1 664 372
Labé	995 717	1 017 623	1 040 010	1 062 891
Mamou	732 117	748 224	764 684	781 508
N'Nzérékoré	1 663 582	1 700 181	1 737 585	1 775 812
<b>Total</b>	<b>10 628 972</b>	<b>10 862 810</b>	<b>11 101 791</b>	<b>11 346 032</b>

Selon le rapport sur l'Indice de Développement Humain (IDH), la Guinée se situe au 179<sup>ème</sup> rang sur 186 pays.

Le tableau n°2 et n°3 montre le niveau d'indicateurs liés aux objectifs millénaires pour le développement en Guinée.

**Tableau 2 : Sélection d'indicateurs liés aux OMD pour la République de Guinée (Source : Rapports PNUD)**

N°	Indicateurs	Valeur	Sources	Année
1	Taux d'accroissement annuel moyen	0,025	Rapport IDH 2013, PNUD	2014
2	Population de moins de 15 ans	0,456	Institut National des Statistiques	2014
3	Taux d'alphabétisme des adultes de 15 ans et plus	0,34	Institut National des Statistiques	2012
4	PIB par habitant en US\$	990	Rapport IDH 2013, PNUD	2014
5	Classement selon l'Indice de Développement Humain (IDH)	179ème/186 pays (0,355)	Rapport IDH 2013, PNUD	2014
6	Taux de mortalité maternelle	710 /100 000 NV	PNDS	2012
7	Espérance de vie à la naissance	58,9 ans**	ESPS	2014

**Tableau 3 : Indicateurs de développement (Source : PNDS 2003/ 2012 et ESPS 2014)**

Indicateurs	EDS 2005	EDS 2012
Taux brut de mortalité des adultes	11,05 %0	10,19 %0
Taux de mortalité néonatale	39 %0	35 %0
Taux de mortalité infanto-juvénile	163 %0	122 %0
Taux de mortalité maternelle	980 /100 000 NV	710 /100 000 NV
Couverture en CPN	82 %	85 %
Taux d'accouchements assistés	38 %	49 %
Taux de prévalence contraceptive	9 %	8,5 %
Taux de séroprévalence VIH	1,5 %	1,7 %
Insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans	26%	18%
Enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés	37%	37%
Espérance de vie à la naissance	62 ans	58,9 ans

## 7. SYSTÈME DE SANTÉ ET AUTRES SERVICES SOCIAUX DE BASE

La stratégie du pays en matière de santé est définie dans le plan national de développement sanitaire (PNDS). Le PNDS actuelle couvre la période 2015-2023. Pour le cas spécifique du VIH, le cadre stratégique 2013-2017 complète et détaille les orientations stratégiques pour cette maladie.

Le système de santé en Guinée est organisé de façon pyramidale et à trois niveaux :

- national avec les directions et structures centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ;
- intermédiaire qui comprend 8 directions régionales de la santé et ;
- périphérique qui est représenté par 38 directions préfectorales et communales de la santé (DPS/DCS), entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé correspondant aux préfectures (districts sanitaires).

A ces différents niveaux la coordination des interventions en santé se fait au travers des instances prévues à cet effet :

- Comité technique de coordination ;
- Comités techniques régionaux de santé (CTRS) ;
- et Comités techniques préfectoraux de santé.
- Les directeurs nationaux et les chefs de programmes centraux (y compris le PNPCSP en charge de la prise en charge et de la prévention des IST/VIH/sida) sont responsables de la conception et de l'élaboration des documents d'opérationnalisation de la politique sanitaire (protocoles, directives, normes, indicateurs de suivi-évaluation).
- Les directeurs régionaux sont responsables de la gestion des ressources humaines, la coordination, le suivi et l'évaluation des programmes et projets et la surveillance épidémiologique au niveau de leur région.
- Les directeurs préfectoraux assurent la gestion des ressources, coordonnent, supervisent et évaluent la mise en œuvre des programmes et projets et la surveillance épidémiologique au niveau préfectoral. Les chefs de centres et postes de santé assurent la mise en œuvre des activités au niveau périphérique (prévention, soins et surveillance).

*Les défis majeurs caractérisant la gouvernance du système de santé sont : le renforcement du cadre institutionnel et du leadership ; le renforcement de la coordination des programmes de lutte contre la maladie ; le renforcement de capacités opérationnelles des structures centrales ; la décentralisation de la gestion et des ressources ; la promotion des sous-secteurs privés, associatifs et parapublics.*

L'offre de soins globale dans le pays est organisée de la base au sommet (le Poste de Santé, le Centre de Santé, l'Hôpital Préfectoral ou Communal, l'Hôpital Régional et l'Hôpital National) et comprend : 2 versants, un versant gestionnaire et un versant prestataires.

### **I.8 7.1. Le Versant Gestionnaire**

En matière de politique de santé, la Guinée 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.

**Le niveau central** comprend le Cabinet du Ministre et les Directions Nationales.

Le niveau central est principalement chargé de la formulation de la politique sectorielle, de la planification, de l'élaboration des stratégies d'intervention, de la mobilisation des ressources et de

la coordination de l'aide apportée au secteur, de la définition des normes et standards de qualité, du suivi et de l'évaluation, de la formation continue.

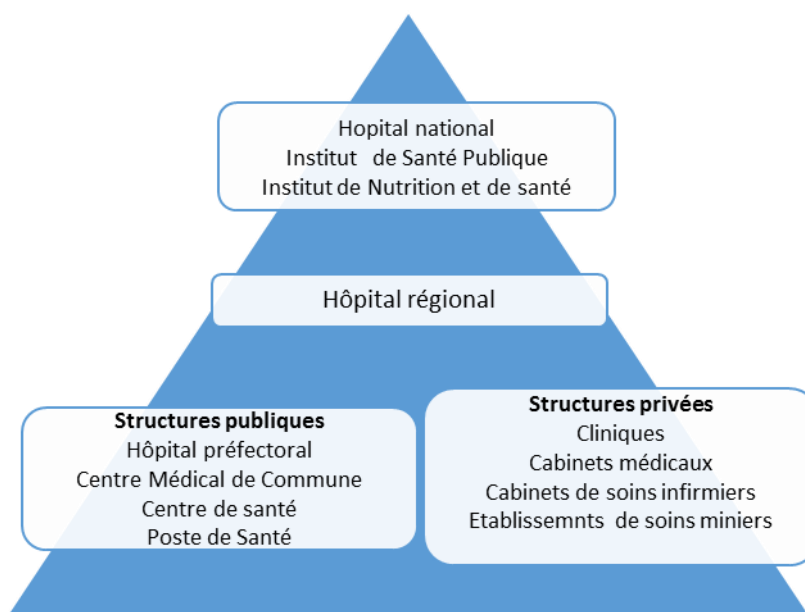
***Le niveau régional*** correspond aux 07 régions sanitaires et la ville de Conakry, comprenant, chacune, une Direction Régionale de la Santé. Ce niveau est chargé de faire appliquer la politique nationale de santé, de coordonner les activités sanitaires des districts et d'assurer l'appui technique et logistique à ces derniers.

***Le niveau périphérique***, lieu de premier contact du malade avec le système de santé, il correspond aux 33 districts sanitaires et aux 05 DCS (Directions communales de la santé) et est chargé de la mise en œuvre des interventions de santé et de l'organisation de la participation communautaire. Avec une équipe cadre en charge de la planification et de la supervision, ce niveau est le niveau opérationnel où ont lieu la plupart des interactions entre les partenaires du système.

## **I.9 7.2. Le Versant Prestataires**

L'offre de soins représente l'ensemble des établissements de soins publics, parapublics et privés implantés sur le territoire national avec leur contenu, leur fonctionnement et les résultats qu'ils produisent pour répondre à la demande de la population.

L'offre de soins globale dans le pays est organisée de façon pyramidale (cf. figure 2 ci-dessous) et comprend : les sous-secteurs public, parapublic et privé.



**I.9.1 Figure 1: Répartition de l'offre de soins en fonction du niveau de pyramide sanitaire**

### **I.9.2 7.2.1. Le sous-secteur public Composé de :**

925 postes de santé, 407 centres de santé, 05 Centres de Santé Améliorés, 26 hôpitaux préfectoraux, 8 Centres médicaux communaux, 7 hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux nationaux. A ces structures sanitaires s'ajoutent, le Laboratoire National de Santé Publique, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et ses démembrements (CRTS, UHTS) puis les services rattachés au Ministère de la Santé (Services de santé scolaire et universitaire, la médecine de travail et la promotion de la santé). Le tableau n°4 ci-dessous donne la Répartition géographique des infrastructures publiques de soins.

**Tableau 4 : Répartition géographique des infrastructures publiques de soins.**

Région	PS	CS	CSA	HP/ CMC	HR	HN	TOTAL
Conakry	4	22	0	5	0	3	34
Kindia	153	55	0	5	1	0	214
Boké	108	49	2	4	1	0	164
Mamou	97	36	0	2	1	0	136
Labé	176	65	1	4	1	0	247
Faranah	96	43	0	3	1	0	143
Kankan	134	67	0	4	1	0	206
N’Nzérékoré	157	77	2	7	1	0	244
<b>Total</b>	<b>925</b>	<b>414</b>	<b>5</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1 381</b>

**I.9.3 7.2.2. Le sous-secteur para public composé :**

de structures de santé militaire (16 unités médicales des armées et 8 centres médico-chirurgicaux des armées, 1 Hôpital militaire) et des établissements de soins miniers dans les préfectures de Conakry, Boké, Fria, Siguiri, Dinguiraye, Kérouané et Beyla.

**I.9.4 7.2.3. Le sous-secteur privé :**

Il est composé comme suit :

**Le sous-secteur privé formel :** qui comprend 41 Cliniques, 106 Cabinets médicaux, 17 Cabinets dentaires, 16 cabinets de sages-femmes, 152 Cabinets de soins infirmiers, 4 centres d’exploration médicale et 35 centres de santé associative et confessionnelle.

**Le sous-secteur privé informel :** On y compte 1044 structures recensées de toutes catégories confondues (structures pharmaceutiques et biomédicales composées de points de vente, d’officines privées, de sociétés grossistes) dont les 2/3 se trouvent dans la ville de Conakry.<sup>1</sup>

**I.10 8. Situation des Structures de Santé dans Le Domaine Du VIH**

Les services de VIH (CDV : 115, PTME : 324, PEC : 65 et CDT : 58) sont intégrés dans les structures sanitaires publiques, privées et associatives. Ces structures sont réparties sur l’ensemble du territoire national, conformément au tableau n° 5 ci-dessous.

**Tableau 5 : Répartition géographique des services VIH/sida par type de structures (publiques, associatives et privées)**

Régions	CDV	PTME	PEC	CDT
Conakry	44	32	29	17
Kindia	6	57	6	4
Boké	12	49	5	7
Mamou	11	16	4	5
Labé	12	63	3	6
Kankan	11	40	7	6
Faranah	13	13	5	6
Nzérékoré	13	54	6	7
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>324</b>	<b>65</b>	<b>58</b>

<sup>1</sup> EGS-MS (Etats Généraux de la Sante Ministère de la Sante 2014)

## 9. SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES (RH) DE LA SANTÉ

Le système de santé guinéen comptait en fin 2011 au total, 9 674 professionnels de santé répartis entre le secteur public (88%) et le secteur privé (12%)<sup>2</sup>(Tableau n°6). La répartition des professionnels de santé en fonction du milieu de résidence montre que 83% résident en milieu urbain et 17 % en milieu rural, ce qui contraste avec celle de la population qui est de 70 % en milieu rural et 30% en milieu urbain (Tableau 4).

**Tableau 6 : Distribution des RH professionnelles de la santé par région et par sous-secteur**

Sous-secteur	Boké	Conakry	Farannah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	Nzérékoré	Pays	%
Privé	0	1148	6	0	29	3	17	0	1203	12%
Public	473	4184	591	638	814	568	381	822	8471	88%
<b>Total</b>	<b>473</b>	<b>5 332</b>	<b>597</b>	<b>638</b>	<b>843</b>	<b>571</b>	<b>398</b>	<b>822</b>	<b>9 674</b>	<b>100%</b>

**Tableau 7 : Répartition du personnel de santé du secteur public par région et milieu de résidence**

Milieu de résidence	Boké	Conakry	Farannah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'zérékoré	Pays	%	Population du pays
Rural	144		212	214	196	242	153	264	1425	17%	70%
Urbain	329	4184	379	424	618	326	228	558	7046	83%	30%
Total	473	4184	591	638	814	568	381	822	8471	100%	100%
Pourcentage	6%	49%	7%	8%	1%	7%	4%	10%	100%		

**Source : Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, juillet 2012.**

## 10. EN MATIÈRE D'INFORMATIONS SANITAIRES

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est la source principale de l'information indispensable à la gestion des services de santé et des ressources sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Selon les rapports des Etats généraux de la santé 2014 et l'évaluation de la performance du système d'information sanitaire et de ressources par "Measure Evaluation/USAID", le système d'information sanitaire est caractérisé par un certain nombre de points forts et de points faibles qui à leurs tours influencent le programme de lutte contre les maladies (VIH, Paludisme, Tuberculose...).

Au nombre des points forts on peut citer :

- la volonté politique existe, traduite à travers la création du Bureau des Stratégies et du Développement (BSD) du ministère de la Santé, ainsi qu'un département planification suivi-évaluation et recherche au sein du SE/CNLS ;
- sur le plan institutionnel, l'existence des structures décentralisées chargées des statistiques ;
- l'existence d'un groupe national de référence en suivi et évaluation comprenant trois commissions VIH, Paludisme et Tuberculose ;

<sup>2</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, juillet 2012



- l'élaboration d'outils harmonisés de collecte et de rapportage des données pour le VIH et la définition des mécanismes de traitement et de validation des données à tous les niveaux ;
- l'existence de bases de données nationales (RAMIS pour le SNIS, Fuchia et CRIS3 pour le VIH/sida) ;
- l'appui technique et financier des partenaires ;
- l'élaboration des guides et directives de monitoring des activités ;
- la réalisation d'enquêtes/recherches. Les études et enquêtes de base couramment réalisées dans le domaine du VIH sont : l'enquête de surveillance sentinelle (annuelle), l'enquête de surveillance comportementale et biologique (bisannuelle), la cartographie des populations-clés (bisannuelle), l'enquête SARA, DHS-MICS, RDQA, MESS et les revues programmatiques annuelles, le suivi des résistances aux ARV.

**La situation du SIS en matière de gestion et de remontée des données reste préoccupante et globalement insatisfaisante.**

Les faiblesses liées à ce secteur se présentent comme suit :

- insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines à tous les niveaux y compris au niveau central ;
- insuffisance de moyens matériels et financiers ;
- absence d'intégration des sous-systèmes au SNIS (secteur paramédical : services santé de défense et de sécurité ; secteur privé, médecine traditionnelle et état civil) ;
- insuffisance d'intégration au SNIS des outils et des indicateurs VIH ;
- faiblesse de la qualité des données, due en grande partie à l'absence de l'application de la procédure de contrôle de la qualité ;
- faiblesse d'archivage des rapports mensuels d'activités et de supervision ;
- faible promptitude des données ;
- non-respect du circuit des données ;
- faible utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (RAMIS n'offre pas de module d'aide à la prise de décision et pour le VIH, Fuchia et CRIS3 sont peu décentralisés) ;
- faibles diffusion et utilisation de l'information sanitaire.
- Pour accroître la performance du SNIS et limiter les contraintes dans la mise en œuvre du programme de lutte contre les maladies, notamment le VIH, il est prévu entre autres de :
  - renforcer le cadre institutionnel pour l'intégration des sous-systèmes d'information sanitaires;
  - renforcer les compétences et la performance du personnel ;
  - adopter une démarche assurance qualité dans la gestion de l'information ;
  - assurer la mise en œuvre de l'agenda des études et enquêtes et ;
  - développer une base de données inclusive, robuste et décentralisée.

## 11. LE SYSTÈME COMMUNAUTAIRE

Le Ministère de la Santé a élaboré et adopté en 2012 la Politique Nationale de la Santé Communautaire. Les agents communautaires développent les activités telles que : sensibilisation, distribution de préservatifs, recherche des perdus de vue en PTME et en prise en charge, orientation vers les services spécifique, etc.

Les principales contraintes rencontrées par le système communautaire sont :

- le manque de stratégie nationale pour les interventions communautaires ;
- le manque d'intégration et d'harmonisation des activités des agents communautaires des différentes organisations ;

- l'absence de cadre de valorisation de bonnes pratiques communautaires ;
- l'insuffisance de mobilisation des ressources et, la faible intégration du suivi communautaire dans le SNIS (Politique Nationale de Santé Communautaire, p.19).

*Ces atouts et défis du système de santé influencent directement la planification, la mise en œuvre et le suivi et évaluation des programmes de lutte contre la maladie, notamment le VIH/sida, le Paludisme et la Tuberculose.*

## 12. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE

En Guinée, environ 120 000 personnes vivaient avec le VIH à la fin de 2015. 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). La prévalence dans la population générale présente de grandes disparités selon les régions administratives : Conakry : 2,7%, Boké 1,6%, Kindia 1,0%, Mamou 1,7%, Labé 1,6%, Faranah 1,4%, Kankan 1,6%. Bien que la prévalence nationale soit faible, elle reste élevée au sein de certains types de population : 56% (ESCOMB 2012), PS 14, 2%, TB : 23,4%, les femmes enceintes : 3,5%, population carcérale 8,5%, les miniers (ESCOMB 2015 et ENSS 2015).

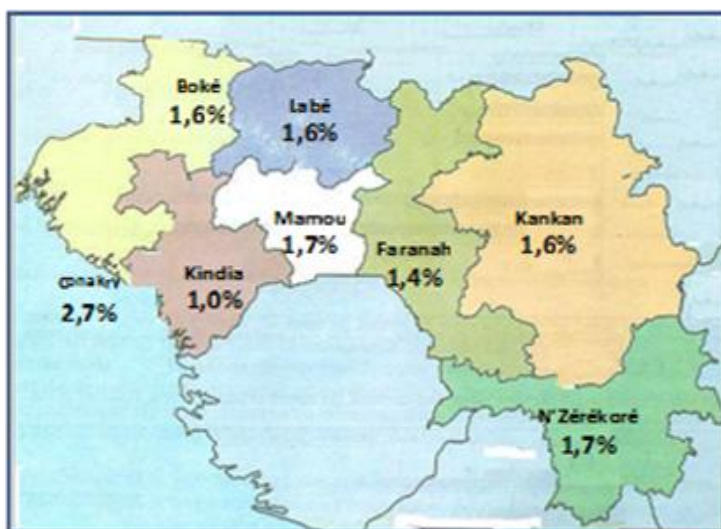


Figure 2 : Carte de prévalence VIH selon les Régions Administratives (EDS IV- MICS, 2012)

HSH

5,1%

La prévalence du VIH est particulièrement élevée chez les femmes, qui représentent 52% de tous les adultes vivant avec le VIH. Elle était de 2,1% chez les femmes contre 1,2% chez les hommes selon EDS-MICS 2012. Au cours de l'année 2015, on dénombre 297 sites PTME sur le territoire national contre 251 en 2014.

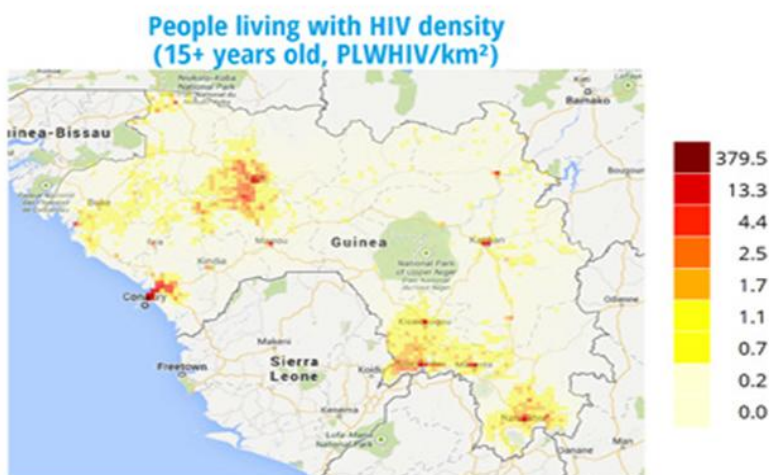


Figure 3 : Répartition des PVVIH/km<sup>2</sup> (ONUSIDA 2014)

La distribution du nombre de PVVIH est également variable dans le pays. Les prévalences régionales et les populations sous-nationales des PVVIH par préfectures selon l'étude réalisée par l'ONUSIDA en 2014 sur la base de l'EDS-MICS 2012 (Figure n°2 ci-contre) illustre la distribution de la densité de PVVIH dans le pays. Les prévalences montrent une concentration de PVVIH au niveau des villes frontalières, sur les principaux axes routiers au Sud et au Nord-Est. Les grandes villes du pays telles que Conakry, Nzérékoré, Labé (ainsi que ces préfectures proches), Mamou et Kankan regorgent d'un grand nombre de PVVIH comparées aux autres villes. Certaines sous-préfectures minières présentent une densité forte de PVVIH telles que Kamsar/Sangarédi dans Boké, Banankoro dans Kérouané et Koron dans Siguiri.

## 13. DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE ET DE LA RIPOSTE AU VIH/SIDA EN GUINÉE

### 13.1. Situation 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). La prévalence dans la population générale

présente de grandes disparités selon les régions administratives : Conakry :2,7%, Boké 1,6%, Kindia 1,0%, Mamou 1,7%, Labé 1,6%, Faranah 1,4%, Kankan 1,6% et 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%).

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

Selon les estimations Spectrum-Guinée 2017 (ONUSIDA/OMS/UNICEF), l'incidence serait en légère baisse les prochaines années.

Toutefois le nombre de personnes vivant avec le VIH serait inversement en augmentation, conséquence directe de l'augmentation de l'espérance de vie des PVVIH grâce au traitement ARV et par ricochet la chute des décès liés au sida, voir tableau n°9 ci-dessous.

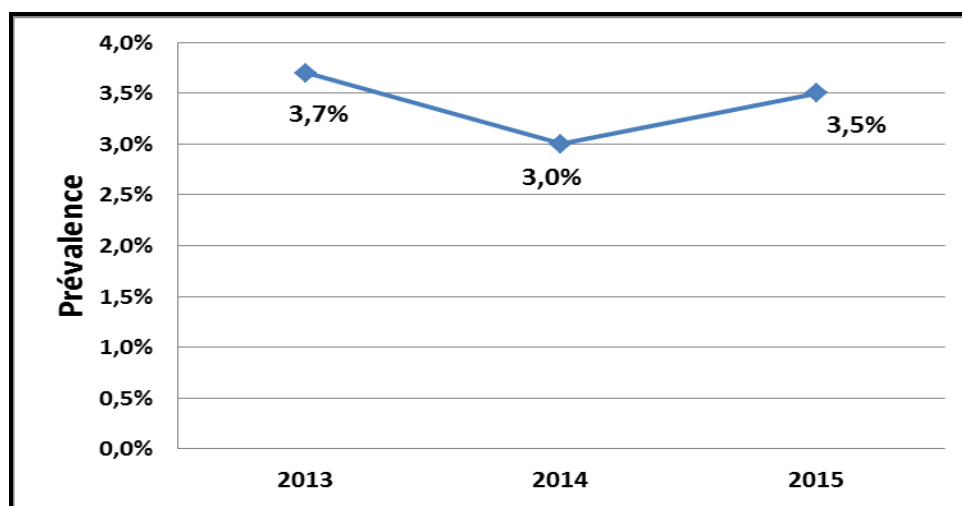
**Tableau 9 : Estimations Nombre de PVVIH, besoins en traitement ARV (TARV) incidence du VIH et décès liés au sida de 2016 à 2020 (Source : Spectrum 2017)**

Estimation Spectrum	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de PVVIH (adultes + enfants)	131 831	134 459	136 782	138 853	140 612
Nombre de femmes PVVIH	79 877	81 707	83 299	84 704	85 898
Nombre de PVVIH en besoins de TARV (adultes + enfants)	108 457	113 380	117 880	122 242	126 039
Incidence VIH (adultes)	0,56	0,44	0,38	0,32	0,27
Décès liés au sida (adultes + enfants)	3 151	1 967	1 568	1 191	850

## I.11

### 13.2. Situation de l'épidémie du vih chez les femmes enceintes

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes a connu une augmentation entre 2008 (2,5%, ENSS) et 2015 (3,56%, ENSS) et deux fois plus élevée que celle de la population générale. Toutefois, au regard de l'évolution de la prévalence entre 2013 et 2015 chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale (CPN) dans les centres de santé intégrés (offrant les services PTME) montre une stabilité de la proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH (3,7% en 2013 ; 3% en 2014 et 3,5% en 2015). La figure n°4 ci-dessous montre l'évolution de cette tendance.



**Figure 1: Proportion des femmes enceintes infectées par le VIH dans les centres de santé qui offrent la PTME de 2013 à 2015 (Sources : ENSS 2013, 2014, 2015)**

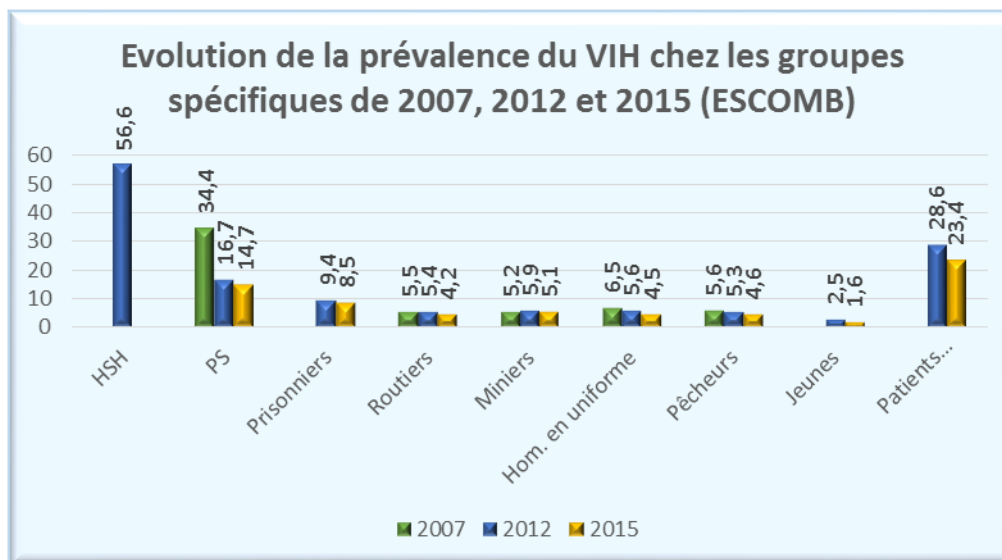
**Tableau 10 : Tendances du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, de l'incidence, de décès chez les enfants de moins de 5 ans liés au VIH/sida et les orphelins du VIH/sida de 2016 à 2020 (Source : Spectrum 2015).**

	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de Femmes enceintes infectées par le VIH (PTME)	7 273	7 603	7 676	7 706	7 699
Incidence de l'infection à VIH chez les enfants (en pour 1000)	0,15	0,12	0,10	0,08	0,06
Décès des enfants liés au VIH/sida	546	323	281	246	185
Nombre d'orphelins du VIH/sida	51 934	48 479	44 777	40 731	36 473

### 13.3. Situation de l'épidémie du VIH chez les groupes spécifiques

Les populations à plus de risques constituent des poches de sous épidémies concentrées en Guinée. Bien qu'une baisse significative de la prévalence soit constatée chez les Professionnelles de sexe (PS) entre 2012 (16,7% : ESCOMB) et 2015 (14,7%, ESCOMB) cette prévalence reste de loin supérieure à celle des femmes enceintes et de celle de la population. Chez les Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), à partir d'un échantillon couvrant trois villes du pays 56,6% étaient infectées par le VIH en 2012. Cette donnée n'a pas pu être collectée pour l'année 2015. Au niveau du milieu carcéral, on a trouvé une baisse de la prévalence de 9,4% chez les détenus en 2012 (ESCOMB) à 8,5% en 2015. Le tableau ci-dessous montre une variation de la prévalence chez les populations clés par tranche d'âge.

Les Routiers, les forces de défense et de sécurité, les Miniers et les Pêcheurs sont considérées comme des populations à plus de risque, sont le plus souvent en contact avec les PS et présentent des prévalences presque trois (3) fois plus élevées que celle de la population générale. La figure ci-dessous présente l'évolution de l'infection à VIH chez ces sous-groupes en 2007, 2012 et 2015.



**Figure 2: Evolution de la prévalence du VIH chez les groupes spécifiques (Source : ESCOMB 2007,2012 et 2015)**

Les efforts déployés dans la riposte ont permis de réduire la prévalence chez les populations clés. Entre 2012 et 2015, la prévalence chez les PS est passée de 16,7% à 14,7% soit 2 points de réduction, chez les populations carcérales et les routiers, respectivement de 9,4% et 5,5% en 2012 à 8,5% et 4,2% en 2015.

Chez le tuberculeux, la prévalence reste toujours élevée, malgré les efforts de notification et de traitement des co-infectés VIH/TB.

#### 13.4. Modes de transmission

Le modèle sur les modes de transmission (MoT), proposé par l'ONUSIDA, a permis d'estimer en Mars 2013 les sources des nouvelles infections au VIH. Il a abouti aux conclusions ci-dessous :

**Tableau 11 : Prévalence et contribution de groupes spécifiques aux nouvelles infections VIH (Source : Etude MoT 2012)**

Groupes de population	Prévalence du VIH	Contribution aux nouvelles infections
Femmes enceintes	3,6% (ENSS 2015)	
Transmission verticale		19,9% (Étude MoT 2012)
HSH	56,6% (ESCOMB 2012)	10%-20% (Étude MoT 2012)
Professionnels du Sexe	14,7% (ESCOMB 2015)	6-7% (Étude MoT 2012)
Population carcérale	8,5% (ESCOMB 2015)	
Miniers	5,1% (ESCOMB 2015)	
IDU		<5% (Étude MoT 2012)

L'épidémie est concentrée dans certains groupes vulnérables tels que les Travailleurs du sexe, leurs clients, et les partenaires de leurs clients, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, etc.

La transmission verticale du VIH occupe une place importante dans les nouvelles infections VIH en Guinée bien plus que les populations clés. En effet, l'étude sur les modes de Transmission du VIH (MoT) montre que les couples hétérosexuels dits « stables » contribuent pour près de 20% aux nouvelles infections.

Le tableau n°11 ci-dessus met en évidence le rôle important de la transmission verticale du VIH dans la dynamique des nouvelles infections.

### 13.5. Nouvelles infections vih

Les estimations sur le VIH réalisées en 2016 au moyen du logiciel Spectrum avec l'appui de l'ONUSIDA a fourni les données présentées dans le tableau n°12 ci-dessous, concernant les nouvelles infections chez les adultes et les enfants.

**Tableau 1: Estimations des nouvelles infections VIH de 2016 à 2020 (Source : Spectrum Guinée, 2016)**

	2016	2017	2018	2019	2020
Adultes	6 781	5 495	4 846	4 283	3 696
Enfants	313	250	212	172	132
<b>Total</b>	<b>7 094</b>	<b>5 745</b>	<b>5 058</b>	<b>4 455</b>	<b>3 828</b>

Contrairement à l'année précédente (2014) qui a connu une stabilisation, les résultats de la modélisation actuelle montre une légère baisse des nouvelles infections entre 2016 et 2020, aussi bien chez les adultes que chez les enfants, pourvu que les acquis actuels soient maintenus et/ou renforcés.

## 14. IMPACT DU VIH

### 13.6. Décès liés au Sida

Les résultats de la modélisation suggèrent une diminution des cas de décès entre 2016 et 2020 aussi bien chez les adultes que chez les enfants.

Toutefois, avec une méta-analyse de ces tendances, le taux moyen de diminution annuelle des décès chez les adultes (27%) est presque trois (3) fois supérieure à celui des enfants (10%). Cet écart peut être lié à la faiblesse de la couverture de la population en ARV surtout chez les enfants de moins de 15 ans (4%) (Source : Plan de passage à l'échelle PEC 2015 – 2017). Le tableau n°13 ci-dessous, montre l'estimation des décès dus au sida de 2016 à 2020.

**Tableau 2 : Estimations des décès dus au sida de 2016 à 2020, (Source : Spectrum, Guinée, 2016)**

	2016	2017	2018	2019	2020
Adultes	2 605	1 644	1 287	945	665
Enfants	546	323	281	246	185
<b>Total</b>	<b>3 151</b>	<b>1 967</b>	<b>1 568</b>	<b>1 191</b>	<b>850</b>

### 13.7. Orphelin liés au sida

Les résultats de la modélisation tels que résumés dans le tableau n°14 ci-dessous, suggèrent aussi une diminution du nombre d'orphelins dus au sida entre 2016 et 2020.

**Tableau 3: Estimations de nombre d'enfants rendus orphelins par le VIH sida de 2016 à 2020 (Source : Spectrum Guinée, 2016)**

	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Orphelins du SIDA</b>	<b>51 934</b>	<b>48 479</b>	<b>44 777</b>	<b>40 731</b>	<b>36 473</b>

Une analyse de **l'état nutritionnel des PVVIH** montre que 24,3% d'entre eux sont en dénutrition au début de la mise sous ARV (Evaluation du statut nutritionnel des PVVIH sous ARV et des femmes suivies en PTME et de la vulnérabilité de leur ménage, 2014, p.6).

## 15. GAPS PROGRAMMATIQUES

Le pays a été largement affecté par la récente épidémie de la maladie à virus Ebola et se retrouve face à d'énormes défis entre autres : (i) la faiblesse de la coordination, (ii) la faiblesse des fonds domestiques et de la subvention de l'Etat dans la santé, (iii) la faible capacité d'absorption des ressources externes, (iv) la non gratuité des autres frais liés à la PEC, (v) la faiblesse du système de gestion et d'approvisionnements avec des ruptures de stocks et des lacunes dans la distribution, (vi) le niveau élevé de stigmatisation et de discrimination (81%) au sein des populations clés.

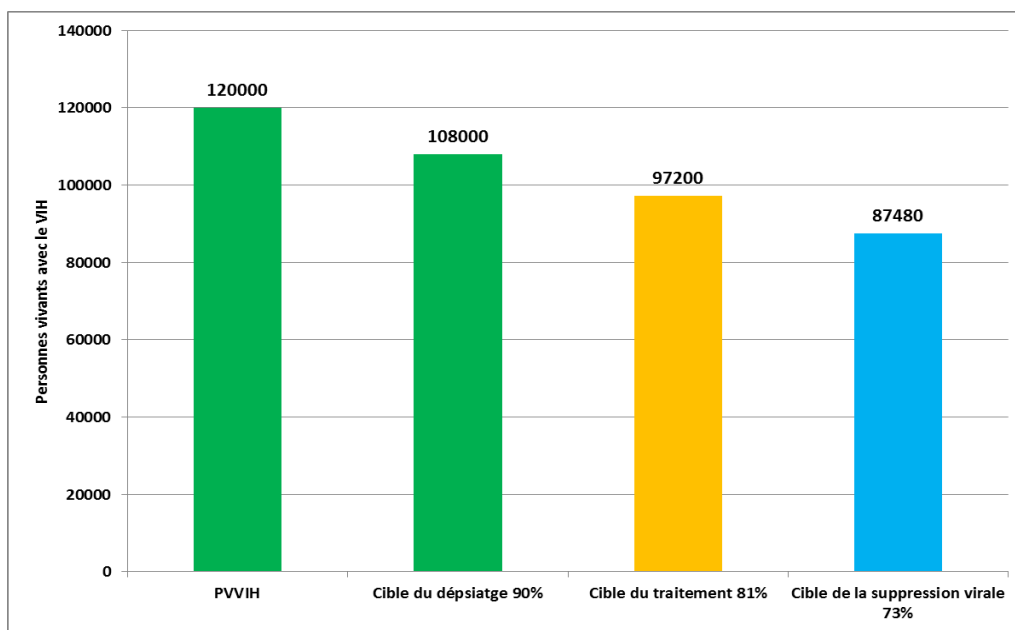


Figure 6 : Cascade des 90-90-90 en Guinée

Une analyse de la cascade des soins en Guinée, nous montre que pour l'atteinte des trois 90, 108 000 personnes doivent être dépistées, 97 200 personnes doivent être sous traitement ARV et 87 480 personnes doivent avoir une charge virale indétectable.

### 13.8. Dépistage du VIH

Le dépistage demeure encore un défi en Guinée. Ceci est essentiellement dû à la persistance d'une forte stigmatisation et discrimination ainsi qu'à la faible participation de la société civile.

En réponse à l'atteinte du premier 90, les données de 2015 montrent que seul 58% des personnes estimées séropositives sont dépistées et connaissent leur sérologie (PNPCSP 2015). Ce qui signifierait qu'en Guinée, une personne vivant avec le VIH sur deux connaît son statut. Les efforts doivent

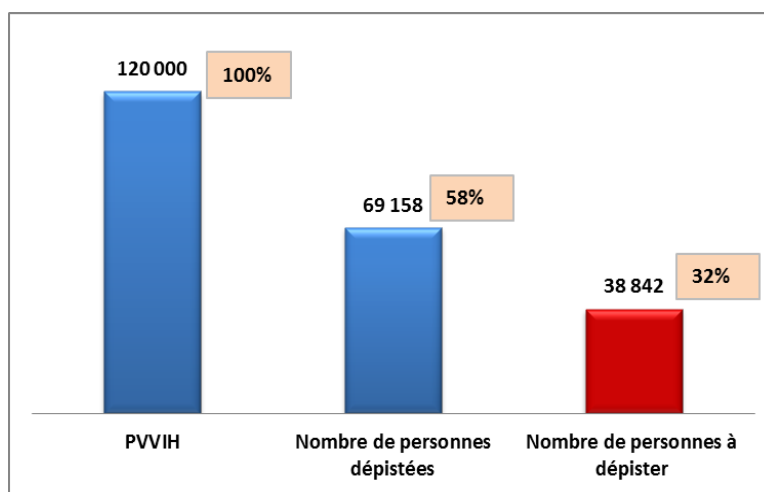


Figure 7 : Cascade du dépistage

défi  
de  
sont



être redoublés pour dépister les 38 842 (32%) personnes restantes. Plusieurs actions sont en cours en faveur des populations clés (PS et HSH) afin de parvenir à les enrôler.

### 13.9. Traitement ARV

La mise sous traitement des PVVIH dépistées positives et la réalisation d'examen biologiques connaissent encore des difficultés en Guinée.

En 2015, seulement 29% des PVVIH reçoivent leur traitement ARV. Parmi et près de 62 118 (52%) personnes testées positives ne seraient pas encore mis sous traitement, dont 4500 enfants (soit 7% de l'ensemble des besoins totaux de TAR non couvert en 2017).

La prise en charge par les ARV des enfants vivant avec le VIH demeure toujours timide en Guinée. En 2015, une analyse situationnelle de la PEC pédiatrique (réalisée par la Chaire de pédiatrie en partenariat avec le PNPCSP et Unicef)

a montré que les progrès sont timides et que des stratégies efficaces doivent être identifiées et mises en

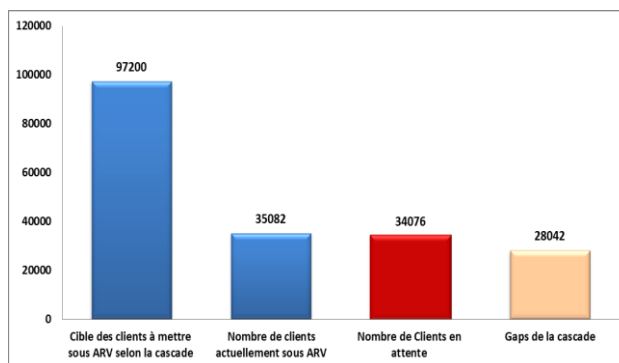


Figure 8 : Cascade du traitement

œuvre rapidement. Un plan d'accélération de la PECP est une priorité et en cours de planification voir développement d'ici fin Janvier 2016 par le PNPCSP et une assistance technique de UNICEF WCARO. .

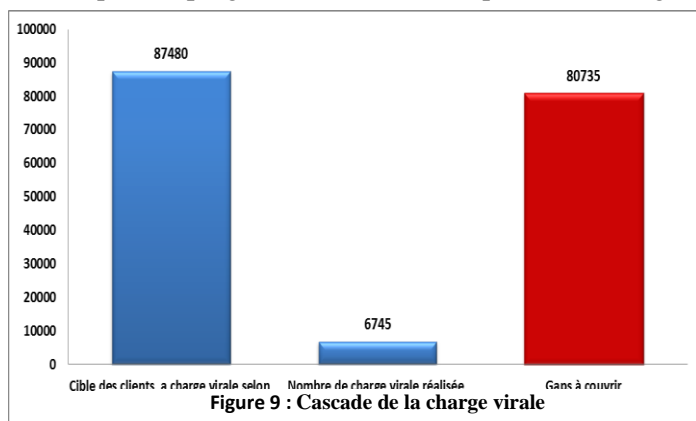


Figure 9 : Cascade de la charge virale

financières auxquelles sont confrontés les patients iii) une faible implication des associations de patients/ Société civile dans la prise en charge (dépistage, conseil d'adhérence et activités liées à la rétention), iv) le manque d'accès au dépistage une faible couverture en ARV, v) l'insuffisance de suivi biologique des patients sous ARV et de ceux en attente, vi) l'insuffisance des appareils pour la charge virale.

### 13.10. Prévention de la transmission Mère –Enfant (PTME) et la PEC pédiatrique

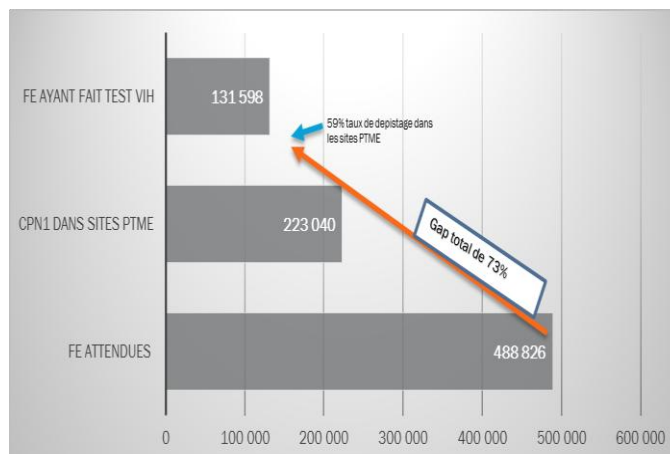
En Guinée, la situation de la santé de la mère et de l'enfant reste préoccupante avec des taux élevés de mortalité maternelle (724 p.100000 NV) et infantile (123 p.1000 NV). Le taux de mortalité attribuable au VIH est de 2% chez les moins de 5 ans et de 46% chez leurs mères (EDS 2012).

C'est pourquoi le pays a élaboré, en 2015, un plan d'élimination de la transmission Mère-Enfant (e-TME) qui vise à faciliter l'intégration de l'élimination de la transmission de l'infection du VIH de la mère à son enfant en Guinée, à l'agenda national de réduction de la pauvreté, à améliorer la santé maternelle et infantile et à garantir l'alignement et l'harmonisation des différents projets futurs et en cours d'exécution au niveau du pays en la matière.

En 2015, sur 488 826 femmes enceintes attendues seulement 131 598 (27%) ont été dépistées soit un gap de 357 228 (73%). Selon Spectrum, 6608 femmes enceintes ont besoin de TAR pour la PTME. 2013 ont

été dépistées séropositives parmi lesquelles 1769 ont bénéficié de TAR (Rapport annuel 2015 du PNPCSP).

La figure 6 montrent où devront se situer les efforts de dépistage VIH et comment les réaliser. En effet le 1er goulot porte sur les occasions manquées de dépistage des femmes en grossesse qui les CPN dans les structures de soins n'offrant pas la PTME ; le 2e goulot porte sur les femmes qui ne font pas du CPN pendant leurs grossesses (15% FE selon EDS 2012) et le 3e goulot se passe dans les sites PTME où le taux de

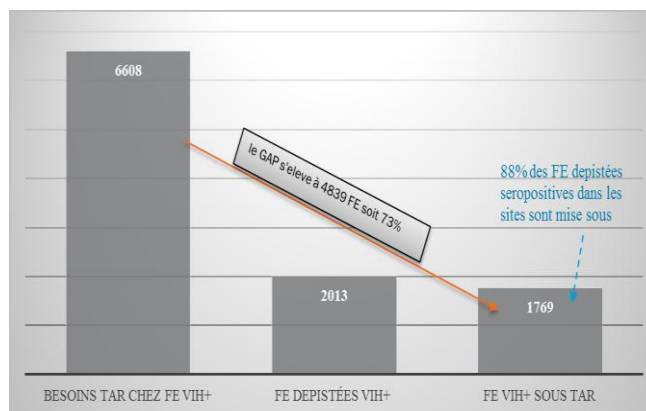


de  
font  
tout  
des

réalisation du test est faible (59%). La faible disponibilité des intrants et la remontée insuffisante des données statistiques en sont les principales raisons.

**Figure 10: Situation du dépistage VIH chez les Femmes enceintes en 2015 Guinée**

Dans la figure7, les besoins non couverts des femmes enceintes (FE) vivant avec le VIH en ce qui concerne la mise sous TAR (option B+) sont énormes et se chevauchent avec celui du dépistage VIH. Le goulot majeur ici porte sur l'identification des FE (qui sont-elles ? où se situent-elles ? que font-elles ?) car 88% des celles qui sont dépistées VIH+ bénéficient des TAR dans le cadre de la PTME. Le 2e goulot du TAR chez les Femmes enceintes séropositives une fois identifiées porte sur la faible couverture effective (la qualité du TAR pris selon les normes et procédures par les FE).

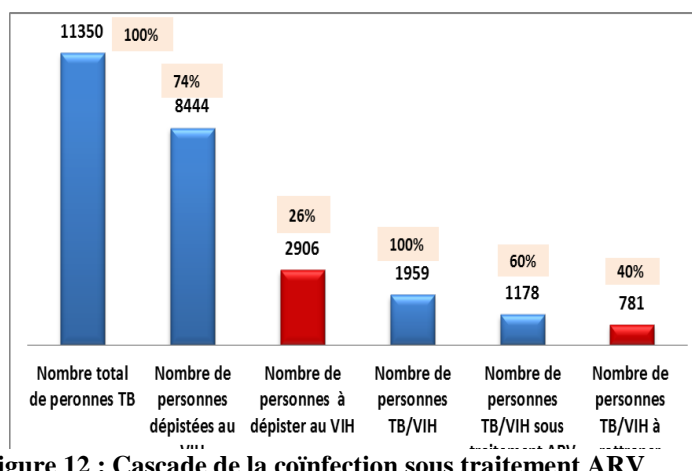


**Figure 11 : Situation du TAR chez les Femmes enceintes en 2015 Guinée**

### 13.11. Coïnfection TB/VIH

Dans l'atteinte des objectifs des trois 90, il ressort en 2016 que sur un nombre de 11 350 patients TB seulement 8 444 (74%) ont été testés. Sur 1 959 patients Co-infectés TB/VIH seulement 1 178 (60%) ont été mis sur traitement (PNLAT juin 2016). Par conséquent, 781 (40%) doivent être rattrapés. En plus, 2 906 patients TB doivent être testés.

Les principales difficultés rencontrées : i) Insuffisance d'intrants de dépistages dans les CDT ii) insuffisance de la disponibilité des ARV dans les CDT.



**Figure 12 : Cascade de la coïnfection sous traitement ARV**

## 16. RÉSULTATS PROGRAMMATIQUES DE LA RIPOSTE AU SIDA EN 2016 :

### 13.12. Dans le domaine du dépistage volontaire et sur l'initiative du soignant :

Entre 2015 et 2016, le nombre des sites de dépistage est passé de 115 à 122. Le nombre des personnes dépistées est passé de 42 910 à 78 283, soit un taux d'augmentation de personnes (82%), dont 74 675 adultes et 3 608 enfants. Le nombre de personnes testées positives est de 13 384 (4 701 hommes, 8 095 femmes, 588 enfants), soit 17,1% en 2016 contre 17,8% en 2015.

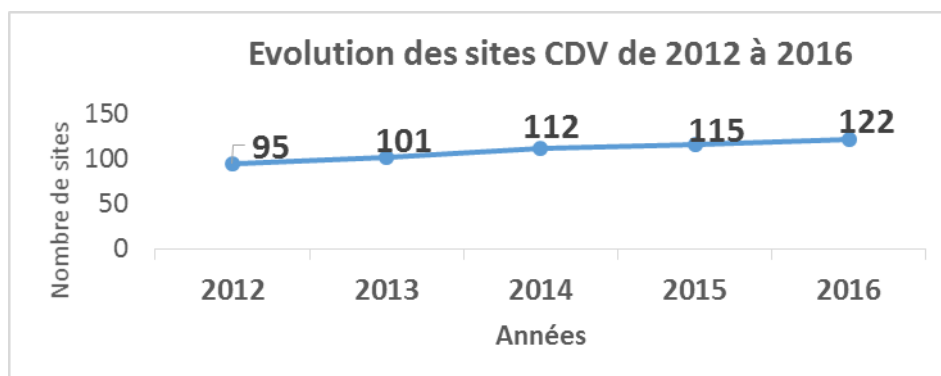
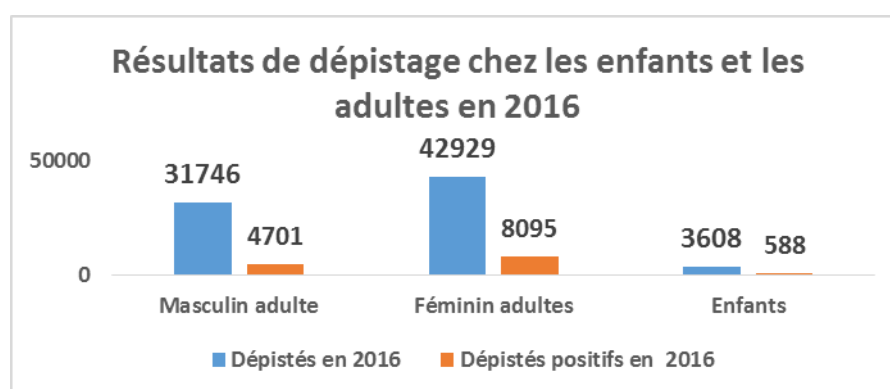


Figure 13: Evolution des sites CDV de 2012 à 2016 (Source: Rapport PNPCSP 2016)



### 13.13. Dans le domaine de prévention de la transmission mère-enfant :

La PTME est un service de base intégré dans la plupart des formations sanitaires offrant la consultation prénatale (CPN) dans les huit Régions du pays. Le nombre de formations sanitaires offrant les services de PTME est passé de 297 sites PTME en 2015 à 333 en 2016, soit une augmentation de 36 sites.

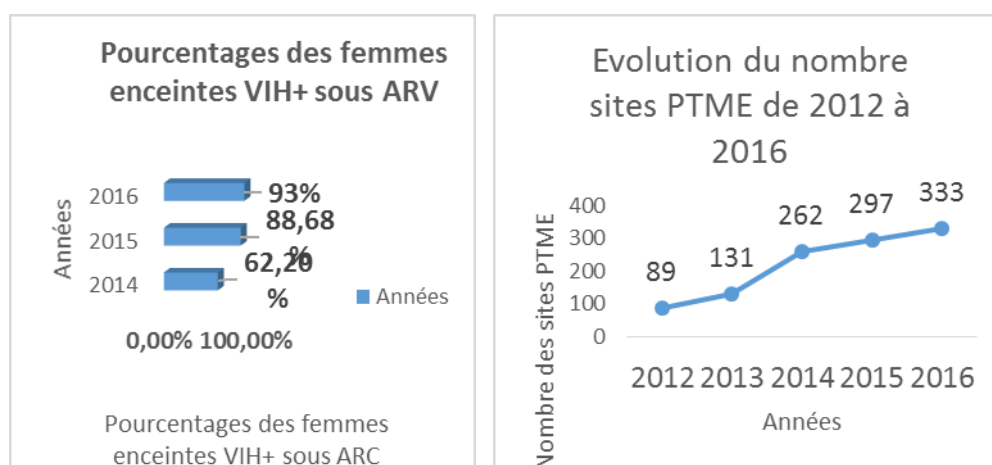
Entre 2015 et 2016, le nombre de femmes enceintes reçues en 1<sup>ère</sup> CPN est passé de 223 040 à 277 820 ; le nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un test de dépistage est passé de 131 598 à 183 592. Sur les 183 592 femmes enceintes ayant bénéficié du dépistage VIH dans les sites de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, 178 429 ont reçu leurs résultats, soit 97,2% de post counseling. Pour la même période, 2 898 ont été testées séropositives au VIH (2%) et 2 682 bénéficié d'un traitement prophylactique aux ARV pour réduire le risque de transmettre le VIH à leurs enfants, soit 93%.

La cascade des enfants se présente comme suit :

- Nombre d'enfants exposés au VIH nés de mères VIH+, suivis : **987**
- Nombre d'enfants exposés au VIH sous Prophylaxie ARV : **3 337**
- Nombre d'enfants exposés dépistés par PCR (dès la 6<sup>ème</sup> semaine) : **625**

- Nombre d'enfants exposés dépistés VIH positifs par PCR : **54**
- Nombre d'enfants exposés ayant bénéficié d'un dépistage sérologique (18 M): **525**
- Nombre d'enfants exposés au VIH confirmés VIH positifs après 18 mois : **43**

Le graphique ci-dessous montre la progression de la couverture géographique en PTME entre 2015 et 2016.



14 Evolution des femmes enceintes VIH+ sous ARV de 2014 à 2016.

15: Evolution du nombre de sites PTME de 2012-2016 en Guinée.

### 13.14. Dans le domaine de la prise en charge en ARV :

La mise en œuvre des programmes de prise en charge en 2016 s'est faite conformément au cadre stratégique nationale en vigueur. Les populations ciblées étaient essentiellement :

- Les adultes (hommes et femmes) infectés par le VIH ;
- Les femmes enceintes séropositives ;
- Les enfants séropositifs.

Le paquet d'activités mis à disposition incluait au moins un des services suivants : suivi biologique, prise en charge des IO, traitement ARV, prise en charge syndromique des IST et appui nutritionnel.

Les acteurs clés impliqués dans la prise en charge du VIH/Sida en Guinée sont PNPCSP, MSF-B, Centre Dream, GIZ, CMG, Asfegmassi, MPA et Solthis.

Comme indiqué sur la figure n°28 ci-dessous, nous constatons une nette augmentation des patients adultes et enfants recevant les ARV entre 2015 et 2016, respectivement 35.082 et 43 673 patients, soit une augmentation de 8 591 patients. Ceci peut s'expliquer par l'intégration des nouveaux sites PEC, le renforcement des capacités des prestataires et la mise en œuvre effective des recommandations du plan de distribution.

- Par rapport à la cible de 84 000 fixée à l'horizon 2017 du CSN, le nombre actuel de la file active est un peu supérieur à la moitié.

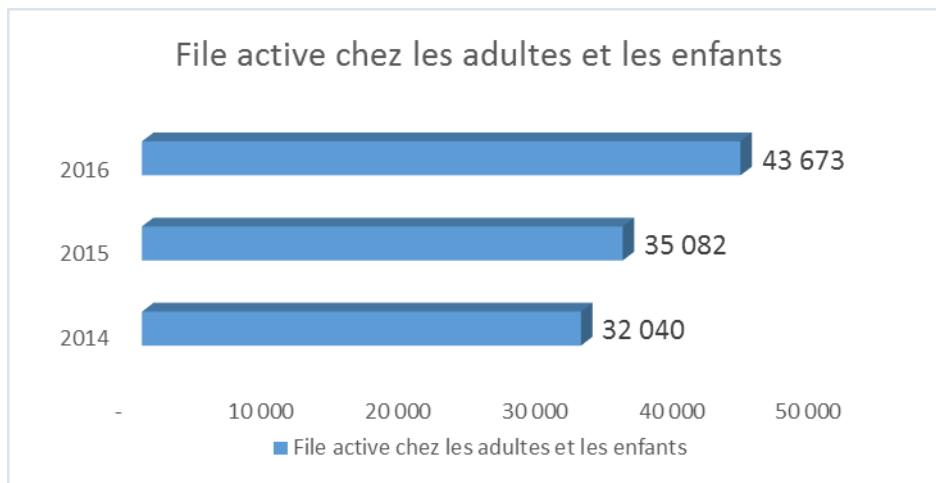
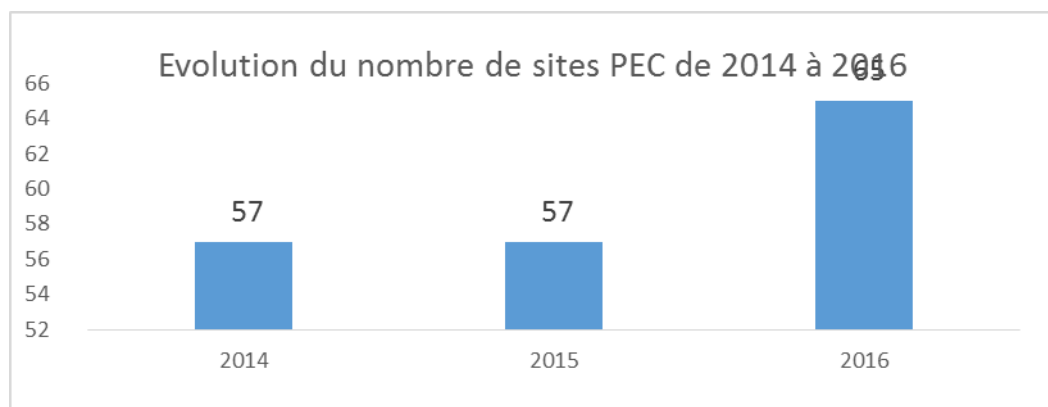


Figure 3 : l'évolution de la file active chez les adultes et les enfants de 2010 à 2016 (source : rapport PNCSP et Spectrum)

Dans l'ensemble du pays, le nombre des sites de prise en charge médicale passe de 57 à 65 entre 2015 et 2016, répartis entre les structures publiques, associatives, communautaires, confessionnelles et minières.



<sup>2</sup>Figure 17: Evolution du nombre des sites PEC de 2014 à 2016

## I.12

### 13.15. Coïnfection Hépatites/VIH

La PEC de la coïnfection Hépatites/VIH a été intégré dans les activités prioritaires du PNPCSP. Un certain nombre de faits ont amené le Programme et l'OMS à développer un plan stratégique pour la PEC des coïnfections Hépatites/VIH 2016-2020 : • En Guinée entre 1998 et 2001 la séroprévalence du portage de l'AgHBs chez les donneurs de sang au CNTS de Conakry était de 14,85%. • Une étude réalisée en 2005 chez 400 malades hospitalisés au CHU de Conakry montre que les anticorps du virus C, sont retrouvés dans 2,75% des sérums. • La coïnfection HVB/VIH est de 15% (séroprévalence à Donka Dermatologie de 2006- 2007). • De plus en plus, on note dans nos sites de prise en charge des cas de coïnfection Hépatite/VIH. • De nombreux cas mono-infection Hépatites sont aussi régulièrement enregistré, malheureusement pour lesquels aucun traitement n'est envisagé à travers une politique nationale.

Par ailleurs des stratégies communes peuvent être développées pour la prévention et la prise en charge médicale des deux maladies (Hépatites et VIH/sida) car présentant les mêmes voies de transmission (la transmission sexuelle, la transmission verticale de la mère à l'enfant et la transmission sanguine, bien que cette dernière très rare à cause de la sécurité transfusionnelle observée de plus en plus). Dans le cadre de la

prise en charge médicale, tous les patients mono ou co-infectés sont actuellement orientés vers les sites PEC/VIH pour bénéficier d'un traitement antirétroviral au TDF 300 mg ou TDF/3TC 300/300 mg, deux molécules commandées dans le cadre du traitement VIH.

**I.13** **Devant les difficultés de diagnostics et de prise en charge des patients, la mise en œuvre de ce plan d'action de la PEC Hépatite/VIH permettra entre autres de renforcer les capacités de personnels pour une meilleure PEC des coinfections.**

**I.14 16.5 Suivi biologique des PVVIH,**

On dénombre : (i) 48 appareils CD4 (dont 23 à Conakry, et 25 à l'intérieur du pays), (ii) 5 appareils à charge virale à Conakry et 2 appareils positionnés à l'intérieur du pays.

Au cours de l'année 2016, des résultats remarquables ont été enregistrés dans le cadre du suivi biologique des patients sous ARV.

**16.6. Comptage CD4 :**

Le parc de machine pour le comptage CD4 a été amélioré. Vingt nouveaux appareils de comptage CD4 ont été installés dans vingt sites de prise en charge, complétant ainsi le nombre d'appareil CD4 à 45 dans l'ensemble du pays.

Durant l'année 2015, 18 281 tests ont été réalisés, dont 12 144 femmes contre 5 152 hommes et 985 enfants. Au cours de l'année 2016, 22 559 tests CD4 ont été réalisés, dont 14 361 femmes, 7 173 hommes et 23 105 enfants. On note une nette augmentation des tests de CD4 par rapport à l'année 2015, soit 10 415.

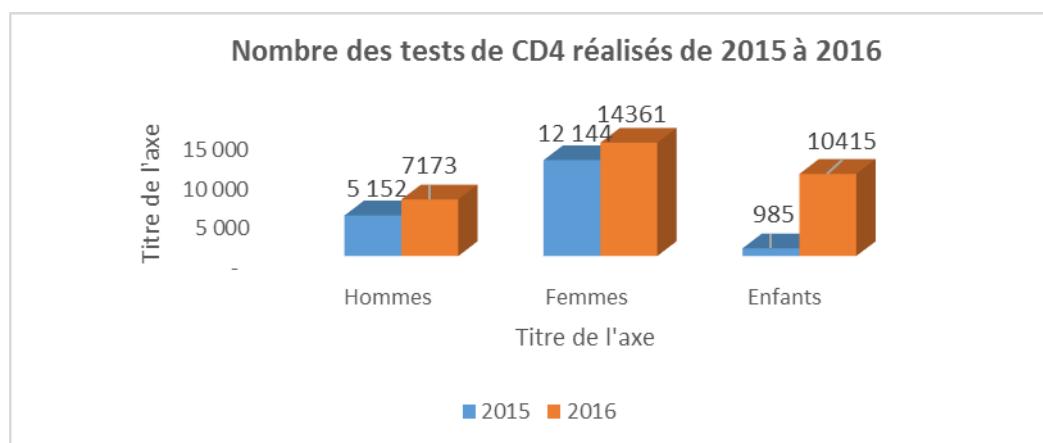


Figure 18: Nombre de CD4 réalisés de 2015 à 2016.

Sur les 43 673 patients sous traitement ARV au niveau national, 372, soit 1% sont pris en charge par le secteur privé lucratif. Ceci pourrait justifier la mise en place des soins VIH/sida au niveau dans ce secteur.

**I.15**

**16.7. Les politiques et normes nationales**

Les politiques et normes nationales de prise en charge du VIH et de la tuberculose sont conformes aux directives de l'OMS. Il existe des guides nationaux normatifs pour la prévention et la prise charge des IST et du VIH/sida. Ces guides définissent, entre autres, les normes d'accréditation (structures, prestataires), les directives de mise sous ARV et de prise en charge des infections opportunistes, de suivi biologique, les algorithmes de dépistage, le contrôle de qualité, le conseil/ dépistage.

## II BILAN FINANCIER

### 1. Exécution budgétaire exercice 2016 du Secrétariat Exécutif du CNLS

#### II.5.1 1.1. Activités dans le cadre de l'exécution du budget de l'Etat

Les concours financiers de l'Etat, composés de Subventions pour cinq **(5) Milliards de GNF** et d'investissement pour vingt **(20) Milliards de GNF** soit un total **25 000 000 000 de GNF** au titre d'allocation budgétaire sur BND de l'exercice 2016 (1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre). Ce montant prévisionnel est inscrit dans le budget de la tutelle administrative notamment, la Primature

##### 1.1.1. Activités dans le cadre de l'exécution du budget de Fonctionnement

L'Etat a mis à la disposition du SE/CNLS au titre de son fonctionnement une subvention totale de **5.000.000.000** de francs guinéens. Le détail de l'exécution de ces subventions se présente comme suit :

- a- **Traitement et salaires : 2 553 826 796 GNF dont**
  - Services centraux = 1 796 257 795 GNF
  - Services déconcentrés intérieurs (BCR) = 757 569 000 GNF
  
- b- **Achat et biens et services : 1 702 427 879 GNF dont**
  - Services centraux : 1 199 358 599 FGNF
  - Services déconcentrés intérieurs (BCR) = 503 069 280 GNF
  
- c- **Le solde bancaire au 31 décembre 2016 = 743 745 325**

##### 1.1.2. Activités dans le cadre de l'exécution du budget d'investissement

**16 148 028 583 GNF** mobilisés sur **20.000.000.000** de francs guinéens mis à disposition au titre de l'investissement. Le détail de cette dotation budgétaire se présente comme suit :

- Achat de produits pharmaceutiques = 12 992 215 496 GNF
- Remboursement achat véhicules et carburant = 1 945 000 000 GNF
- Travaux de construction = 1 102 313 087 GNF
- Etudes et supervision des travaux = 108 500 000 GNF

#### II.6 2. Activités dans le cadre de l'exécution du budget des partenaires techniques et financiers

##### 2.1. . Activités dans le cadre de l'exécution du budget du Fonds mondial

- a- Ressources humaines (salaire) = 6 086 325 800 GNF
  - b- Achat des produits de santé (produits pharmaceutiques) = 96 306 731 666 GNF
  - c- Fonctionnement = 9 109 484 735 GNF
  - d- Investissement = 6 723 250 867 GNF
  - e- Services professionnels externes = 4 192 230 127 GNF
- Soit un total de **122 418 023 194 GNF**
- UNFPA: ..... = 460 929 360 GNF
  - O M S : ..... = 349 955 360 GNF

- ONUSIDA : ..... = 300 306 600 GNF
- PNUD :..... = 87 841 420 GNF
- UNICEF :..... = 96 580 120 GNF
- Initiative 5% France= 47 250 018 GNF
- Autres..... =1 490 829 137 GNF.

Soit, un total de **2 933 692 015** de francs guinéens.

**Total budget exécuté (1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2016) :**

**146 499 743 792 GNF**



## 17. PRINCIPAUX DEFIS ET ACTIONS PRIORITAIRES POUR 2017

Le principal défi pour 2017 reste et demeure **l'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan de rattrapage d'urgence VIH** pour l'atteinte des objectifs 90. Ce plan ciblera les zones à hautes prévalences et à forte concentration de PVVIH : - tous les sites PEC, PTME et CDT de la ville de Conakry ; - les hôpitaux régionaux de Labé, Mamou, Kankan, N'Zérékoré et Boké ; - les hôpitaux préfectoraux de Kamsar, Sangaredi, Kérouané. A ces villes s'ajouteront les 16 services adaptés au niveau national. De même, le plan se focalisera sur les patients TB, les populations Clés (HSH et PS), les enfants, les femmes enceintes, la population carcérale.

Dans sa mise en œuvre de cette nouvelle stratégie, les services cibleront **les régions à fortes prévalences, les populations clés et les personnes dont le comportement peut les exposer à un risque accru d'exposition au VIH**. La contribution communautaire à la riposte sera essentielle pour l'atteinte des objectifs.

L'engagement de la Guinée à un haut niveau pour l'atteinte des objectifs 90-90-90 se traduira par l'adoption de la stratégie « Dépister-Traiter » proposée par le Ministère de la Santé et entérinée par le CNLS. S'il est nécessaire de renforcer les systèmes de gestion et d'approvisionnement des stocks, il sera évident de mettre en place un mécanisme efficace d'approvisionnement des dépôts régionaux de la PCG et des sites de PEC. En effet, la mise en œuvre du plan de rattrapage d'urgence entraînera un accroissement des besoins en intrants d'où la nécessité de rendre opérationnel le plan de distribution en cours de finalisation par le SE/CNLS.

- **Réactualisation de la file active**

En vue de pallier à la méconnaissance de la file active VIH en Guinée, il sera une analyse sera faite afin d'actualiser la file active des personnes vivant avec le VIH (adultes, enfants et les femmes dans le cadre l'option B+ de la PTME) sous ARV basé sur un « modèle simplifié reproductible (MSR) ».

Deux experts internationaux travailleront avec trois consultants nationaux dont 1 Senior spécialisés en PEC du VIH, 12 superviseurs et 101 enquêteurs, seront recrutés. Un comité de Pilotage sera mise en place.

- **Révision et adoption du manuel des procédures sur le « tester-traiter »**

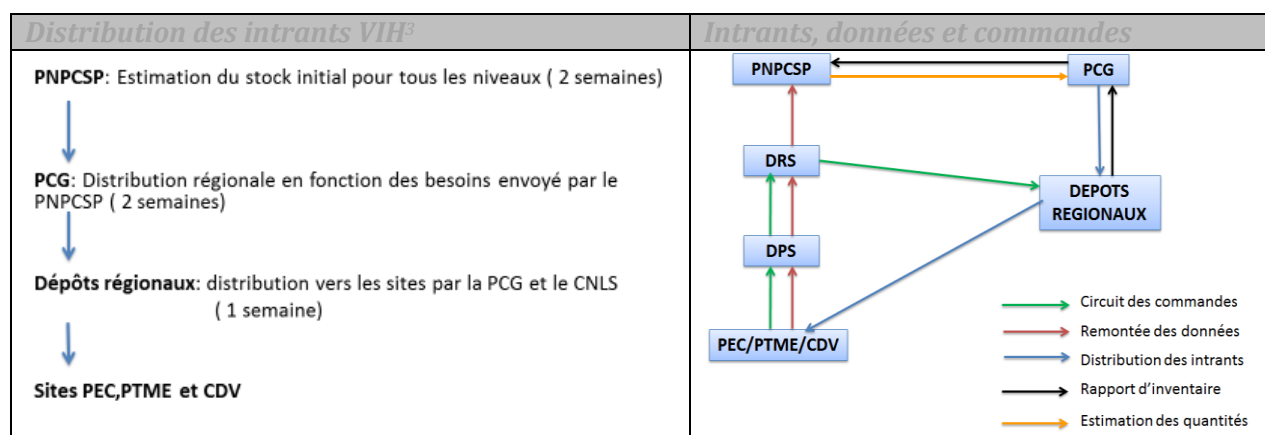
Un atelier de révision du manuel de procédures pour introduire le « tester –traiter ». cet atelier connaîtra la participation de tous les acteurs de la riposte ainsi que les ONG de PVVIH.

- **Plaidoyer pour la gratuité des frais de service**

Une table ronde de plaidoyer sera organisée avec les décideurs (ministères, DRS, DPS, SNU, PPVIH) pour présenter le nouveau manuel de procédures afin d'être validé et adopté.

- **Acheminement des médicaments dans les sites CDT, PEC/SA, PTME/PECP**

Pour améliorer l'ensemble du système d'approvisionnement des sites, il est capital de rendre opérationnel le plan de distribution et d'approvisionnement (schéma ci-dessous)



**Figure 19 : Schéma de la phase transitoire**

Pour opérationnaliser ce plan de distribution, il se fera :

- Réunion d'information des prestataires des services VIH, les DPS, et les régions (DRS, CR-SE/CNLS et DR-PCG) du nouveau mode d'approvisionnement (ce qui évitera de continuer les commandes au niveau central)
- Réunion d'estimation des quantités des intrants VIH à rendre disponible au niveau de chaque dépôt régional, des sites de prestation de service des zones ciblées
- Réunion préfectorale et régionale de validation des données de consommation réelle
- Réhabilitation et équipement dépôts des zones ciblées
- Mise à disposition des chaînes de froid dans tous les dépôts des zones ciblées
- Amélioration des conditions de stockage dans les formations sanitaires des zones ciblées
- Formation du personnel (Pharmacien, magasinier, gestionnaire base des données et manutentionnaire) sur la gestion de stocks

- **Stratégie du Rendez-vous tous les 6 mois (R6M)**

Afin d'alléger la tâche des prestataires par la réduction du nombre de patients lors des rendez-vous et d'éviter que les patients se rendent chaque mois dans les formations sanitaires pour chercher les ARV, le plan utilisera la stratégie du rendez-vous tous les 6 mois (R6M)

- **Distributions pilotes des ARV par les OBC**

Une phase pilote de distribution des ARV par les OBC sera mise en œuvre avec la collaboration du département de santé communautaire du ministère de la santé. Il sera fait pour cette première phase :

- Identification et une formation de quelques OBC
- Identification des zones pilotes
- Dotation et distribution des ARV dans les sites de distributions ciblées
- Réunion hebdomadaire de suivi

- **Passage à l'échelle de l'accompagnement psychosocial (APS)**

Afin de renforcer la rétention dans les soins, il est capital d'avoir des médiateurs dans toutes les formations sanitaires des zones ciblées.

- **Renforcement de la disponibilité des stocks de Traitement ARV dans les sites PTME**

Grace à l'utilisation de la stratégie R6M, des réunions de monitoring décentralisé semestrielle seront organisées pour identifier les goulots d'étranglement liés aux approvisionnements. Ces réunions permettront de dégager des pistes de solutions au cas par cas et d'y remédier en temps opportun.

<sup>3</sup> Au niveau des sites de prestation des services VIH, la livraison se fera au niveau de la pharmacie/Point de dispensation.

- **Appui nutritionnel et alimentaire des PVVIH sous ARV**

Dans le souci de maintenir les PVVIH dans les soins, il sera fait un appui alimentaire et nutritionnel pour toutes les personnes éligibles selon les critères du PAM.

- **Renforcement des laboratoires des zones ciblées**

Le plan se focalisera sur la mise à niveau des laboratoires des zones ciblées. Il sera fait :

- Réhabilitation des laboratoires adaptés à la charge virale
- Modification des plateformes Ebola en plateforme CV (le cas échéant)

- **Mise à échelle de la pratique de prélèvement sur papier buvard dans les sites PTME des zones ciblées**

En vue de rendre effective le prélèvement sur papier buvard, il sera fait :

- Formation des agents sur l'utilisation du papier buvard
- Approvisionnement régulier des sites en papier buvard

- **Redynamisation de la collecte, transport des échantillons DBS et du circuit de rendu des résultats de PCR**

Actuellement le transport des échantillons DBS et le rendu des résultats de PCR se font grâce à un contrat signé avec la poste qui dispose des moyens logistiques pour acheminement réguliers de ces échantillons vers les laboratoires d'analyse.

- **Suivi-évaluation « régulier » du programme :** Fait mensuellement, il aura pour fonction d'assurer le suivi de la mise en œuvre des interventions. Les chargés de suivi-évaluation du SE/CNLS et du PNPCSP, PNLAT en collaboration avec Population Services International<sup>4</sup> (PSI) mettront en place des mécanismes de suivi communautaire, afin de renforcer l'appropriation et l'implication des communautés. Ce suivi permettra de :

- Renforcer l'unité de S&E du programme avec les compétences de qualité
- Renforcer la validation des données au niveau régional
- Tenir les réunions régulières des comités (médical technique, SMNI PTME/PECP, S&E, suivi des intrants)
- Organiser des missions de collecte des données de consommation par les DRS et DPS/DCS
- Analyser les données au niveau central
- **Missions de supervisions conjointes :** Sur une base trimestrielle des missions de supervisions conjointes permettront d'assurer un contrôle qualité régulier. Ces missions, réuniront l'ensemble des parties prenantes et permettront d'ajuster la mise en œuvre des interventions, si nécessaire.

- **Renforcer les observatoires indépendants**

- **Equiper progressivement l'ensemble des structures de soins par un matériel informatique, une source d'énergie pérenne et une connexion Internet**

- **Mettre en œuvre le plan e-TME**

- **Renforcer la PCG pour rendre effectif le « dépisté-traité » à tous les niveaux**

- **Réaliser le dépistage et de la PEC dans les structures hospitalières, privées, associatives et confessionnelles**

- **Réaliser le dépistage systématique du VIH chez les patients TB**

- **Rechercher physiquement ou par appel téléphonique les perdus de vue**

- **Renforcer de la délégation des tâches**

- **Impliquer effectivement la société civile et le secteur privé**

---

<sup>4</sup> PR du volet prévention de la subvention actuelle en charge de la réponse communautaire

## 18. PRINCIPAUX GOULOTS ET ACTIONS PRIORITAIRES

Domaine	Problèmes	Causes	Actions
<b>Gouvernance et politique</b>	Coordination des interventions	Manque de synergie des interventions au niveau opérationnel	Utiliser l'avantage comparatif de chaque entité et intégrer les actions menées en tenant compte de la division du travail.
	Gestion des subventions /financements	Applicabilité des procédures bailleurs.	Exploiter les flexibilités éventuelles des bailleurs et des PR/SR pour accélérer la mise en œuvre.
<b>Ressources humaines</b>	Insuffisance de ressources humaines formées en PEC (notamment en PEC pédiatrique)	Instabilité des prestataires	Mettre en œuvre la prime basée sur les résultats.
		Faible accompagnement des prestataires sur terrain (supervision formative, tutorat, stage)	Former les prestataires en PEC pédiatrique Organiser le coaching in job des prestataires plus une supervision régulière.
	Insuffisance dans la délégation des tâches	Retard dans l'adoption de la délégation des tâches	Mettre en œuvre la politique de délégation des tâches pour couvrir les sites en besoin de RH.
<b>Planification</b>	Retard dans la mise en place des centres de services adaptés pour les populations clés	Difficultés dans le processus d'identification, de structuration et de fonctionnalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Structurer et rendre fonctionnel les centres de SA (en cours)</li> <li>Elaborer un plan de rattrapage pour l'atteinte des cibles fixés au compte des centres de SA</li> </ul>
	Niveau d'implication faible des populations clés dans les activités de riposte	Faible structuration organisationnelle des associations de populations clés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer les capacités des associations de populations clés</li> <li>Audit/structuration organisationnelle des associations de populations clés (en cours)</li> </ul>
	Niveau d'implication faible de la société civile	Faible structuration organisationnelle de la société civile impliquée dans la riposte contre le VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagner la société civile</li> </ul>
	Difficulté d'absorption de nouveaux patients dans la file active pour certains sites ayant un nombre important de patients.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manque de coordination entre les anciens et les nouveaux sites</li> <li>Insuffisance d'espace (locaux pour la PEC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire l'état des lieux</li> <li>Accompagner (référence) les nouveaux PVVIH par les médiateurs psychosociaux vers les nouveaux sites</li> </ul>

Domaine	Problèmes	Causes	Actions
	Faible dépistage	Peu d'informations Stigmatisation Faible couverture en CDV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former les agents, équiper et approvisionner les pour le dépistage systématique dans les services de nutrition, de maladies infectieuses, d'hospitalisation pédiatrique</li> <li>• Dépistage systématique des patients TB (CTA)</li> <li>• Intégrer les CTA/LTO dans le dépistage VIH ET la PEC/VIH</li> <li>• Dépistage des pop clés en stratégie mobile et services adaptés</li> <li>• Dépistage des populations vulnérables (miniers, pêcheurs, routiers, Hommes en uniforme)</li> <li>• Dépistage par les OBC</li> </ul>
	PVVIH non encore sous traitement	Critère CD4<500	<p>Réviser le manuel de procédures pour adopter le "testé-traité"</p> <p>Utilisation des médias/TIC pour la recherche et le rappel des patients VIH +</p>
	Rétention des patients sous traitement	Stigmatisation et discrimination Barrières économiques Ruptures d'intrants Faible accessibilité géographique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre de la stratégie de plaidoyer des droits humains</li> <li>• Mise en œuvre du R6M</li> <li>• Distribution des ARV par les OBC.</li> </ul>
<b>Données</b>	Faible disponibilité des données de qualité (complétude et promptitude)	Fragilité du système de suivi évaluation à tous les niveaux	Renforcer l'unité de S&E du programme (personnel et formation)
		Inexistence de données d'estimations au niveau de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la validation conjointe des données au</li> </ul>

Domaine	Problèmes	Causes	Actions
		zone sanitaire	niveau régional. <ul style="list-style-type: none"> <li>Faire des supervisions formatives du niveau central (On site coaching)</li> </ul>
	Faible opérationnalisation des comités de suivi	Manque de dynamisme des comités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenir régulièrement les réunions des comités (médical technique, SMNI/ PTME/PECP, S&amp;E, suivi des intrants)</li> <li>Soutenir matériellement et financièrement l'organisation des comités régionaux/rencontres</li> </ul>
<b>Médicaments</b>	Rupture, Péremption et sur stockage	Faible fonctionnalité du système de suivi des approvisionnements à tous les niveaux	Rendre disponible les médicaments dans les dépôts régionaux
			Rendre disponible les médicaments dans les sites
			Finaliser le recrutement du spécialiste GAS du PNPCSP
			Adopter la stratégie R6M (rendez-vous tous les 6 mois) pour les patients stables.
		Qualité des données de file active et de la consommation	Débuter rapidement la réactualisation de la file active (mi-décembre 2016)
			Renforcement des capacités de la PCG (Formation, outils de gestion ;...)
Organiser une mission de collecte des données de consommation par les DRS et DPS et DCS pour finaliser le plan de distribution des intrants.	Analyse des données au niveau central et diffusion auprès des divers comités (CMT, comité de suivi des intrants...)		
<b>Laboratoire</b>	Faible accès à la charge virale	Faible couverture en laboratoires fonctionnels pour charge virale	Mettre en œuvre les recommandations du rapport d'évaluation des laboratoires.
			Mettre en place un système de transport des échantillons.
			Accroître la demande de la charge virale par les prestataires.
			Education des patients via l'accompagnement psychosocial (le patient doit comprendre l'importance du suivi par CV et solliciter l'examen auprès de son consultant)

Domaine	Problèmes	Causes	Actions
	Faible capacité des labos	Faible fonctionnalité du réseau de laboratoires	Redynamiser le système de réseautage Renforcer les capacités des techniciens de laboratoire.
Communautaire	Fonctionnalité de l'observatoire communautaire des PVVIH	Faible capacité organisationnelle et de gestion de la structure centrale (REGAP+)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquer les recommandations de l'audit organisationnel du REGAP+</li> <li>• Renforcer les capacités des OBC pour la surveillance communautaire des stocks de produits de base, des frais de service et la qualité des soins.</li> </ul>
	Ressources humaines	Identification et motivation	Adresser la politique de santé communautaire notamment la stratégie d'allocation communautaire des AC prenant en compte la question de la contractualisation
Financement	Faible décaissement des ressources	Non maîtrise des procédures des dépenses	Organiser la revue budgétaire de la subvention du FM pour une réallocation des économies
Financement	Financement local insuffisant	Insuffisance de mécanismes de subvention pour la PEC des IO	Intensifier le plaidoyer pour le décaissement de la contrepartie de l'Etat dans le cadre de la subvention.

## 19. CONCLUSION

La rédaction participative de ce rapport a impliqué toutes les parties prenantes de la riposte nationale au VIH et a permis de faire un bilan des activités et des résultats atteints par cibles. L'analyse des différents déterminants a également permis d'identifier les forces, les défis sur lesquels le pays fondera les prochaines interventions dans l'intention d'atteindre les objectifs à l'horizon 2017 du CSN.

L'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien reste encore faible. La prise en charge médicale a été confrontée à la faible couverture des sites même s'il y a eu une hausse de la tendance pour l'année 2016 qui s'expliquerait par une augmentation sensible de la mobilisation interne des ressources par l'Etat. Bien que plusieurs indicateurs du Cadre stratégique National ait été atteint, il reste et demeure primordial de doubler les efforts pour maintenir ces résultats à l'horizon 2017.