

REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail-Justice-Solidarité



PRIMATURE



COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT EXECUTIF

RAPPORT ANNUEL 2011 DE LA RIPOSTE AU SIDA EN GUINEE

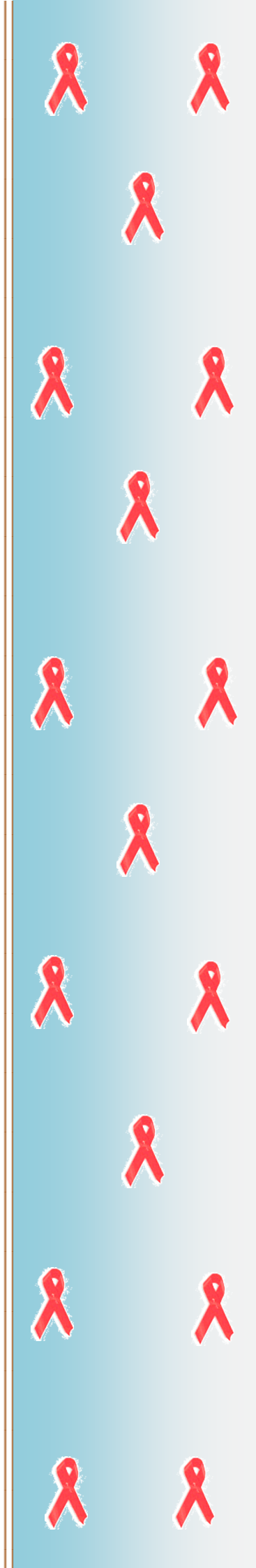


TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS ET ACRONYMES	4
I-CONTEXTE SOCIO-ECOMOMIQUE.....	7
INTRODUCTION	13
II - RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA EN 2011	16
Axe stratégique I.....	16
Axe stratégique II.....	24
Axe stratégique III.....	31
Axe stratégique IV	33
Axe stratégique V	44
III - PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	47
3.1 Principaux obstacles	48
3.2 Principales mesures correctives	48
3.3 Perspectives.....	49

AVANT PROPOS

Depuis 2002, en Guinée, la lutte contre le VIH est multisectorielle et coordonnée par le Comité national de lutte contre le sida. Les efforts doivent être conjugués ensemble pour infléchir l'évolution de cette épidémie dans notre pays. Pour ce faire le principe de Three One's (ou trois principes directeurs : une seule instance de coordination, un seul cadre stratégique et un seul système de Suivi-Evaluation) est notre première arme de combat.

La Guinée a adhéré à la nouvelle politique mondiale pour l'atteinte des objectifs de la riposte à l'horizon 2015 à savoir : réduire de moitié la transmission du VIH par voie sexuelle ; garantir qu'aucun enfant ne naisse avec le VIH ; accroître l'accès à la thérapie antirétrovirale pour que 47 574 personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement salvateur ; Réduire de 50% la mortalité due à la tuberculose (TB) chez les personnes infectées par le VIH ; et combler définitivement le manque de ressources pour la lutte contre le sida et travailler pour accroître les financements.

Je tiens à remercier tous les partenaires et acteurs pour les efforts consentis dans le renforcement de la riposte à l'épidémie du VIH en Guinée.

Je salue les efforts des partenaires pour atteindre en Guinée les objectifs qui ont été fixés en Juin 2011 et pour que la réalisation de Zéro nouvelles infection au VIH-Zéro discrimination-zéro décès dû au sida devienne une réalité en Guinée.

Dr Abass DIKITE

Secrétaire Exécutif du CNLS

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ARV	: Antirétroviraux
BM	: Banque Mondiale
BND	: Budget National de Développement
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCM	: Country Coordinating Mechanism (Mécanisme National de Coordination de la Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme)
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaires
CECOJE	: Centre d'Ecoute et de Conseil d'Orientation des Jeunes et Adolescents
CHU	: Centre Hospitalo-universitaire
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CRIS	: Country Response Information System (Système d'information sur les réponses nationales)
CSN	: Cadre Stratégique National
DREAM	: Drug Resource Enhancement Against AIDS and Malnutrition
EIBC	: Enquête Intégrale Budget-Consommation
ESCOMB	: Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique
EDSG	: Enquête Démographique et de Santé de Guinée
FELICA	: Fondation Elizabeth Cathy
FM	: Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose
GTZ	: Coopération Allemande
HU	: hommes en uniformes
IDH	: Indicateur de Développement Humain
IEC	: Information, Education et Communication
IO	: Infections Opportunistes
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MASPFE	: Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance

MENRS	: Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique
MSF	: Médecin Sans Frontières
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
NASA	: National AIDS Spending Assessment (Ressources et dépenses de lutte contre le SIDA)
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OIM	: Organisation Internationale pour la Migration
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le Sida
OUA	: Organisation de l'Unité Africaine
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PEC	: Prise En Charge
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNB	: Produit National Brut
PNLAT	: Programme National de Lutte Anti Tuberculose
PNPCSP	: Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/ Sida
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnelles du Sexe
PSI	: Population Services International
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RPR	: Rapid Plasma Reagin
RT	: Routiers
SA	: Service adapté
SE/SNLS	: Secrétariat Exécutif du CNLS
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SNIGS	: Système National d'Information et Gestion Sanitaires
TAR	: Traitement Anti-Rétroviral
TB	: Tuberculose
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	: United Nations General Assembly Special Session on AIDS (Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida)
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Agency International Development
USRE	: Unité Suivi Recherche Evaluation du SE/CNLS
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

I-CONTEXTE SOCIO-ECOMOMIQUE

TABLEAU I : Récapitulatif des indicateurs sociodémographiques de la République de Guinée

N°	Indicateurs	Valeur	Sources	Années
1	Population générale	10 200 000	Rapport Mondial sur Développement Humain	2011
2	Taux d'accroissement annuel moyen	de 2,7%	Rapport Mondial sur Développement Humain	2011
3	Population de moins de 15 ans	40,31%	Ministère du Plan	2010
4	Taux d'alphabétisme des adultes de 15 ans et plus	39,5%	Rapport Mondial sur Développement Humain	2011
5	PIB par habitant en US\$	1048	Rapport Mondial sur Développement Humain	2011
6	Indicateur de Développement Humain (IDH)	0 ,344	Rapport Mondial sur Développement Humain	2011
7	Indicateur Sexo-spécifique de Développement Humain (ISDH)	0,425	Rapport Mondial sur Développement Humain	2009
8	Classement sur la base de l'ISDH	143ème sur 155 pays	Rapport Mondial sur Développement Humain	2009

La République de Guinée se trouve sur la côte atlantique de l'Afrique de l'Ouest entre les 7° et 12° de latitude nord et les 8° et 15° de longitude ouest. Sa superficie est de 245 857 Km². Elle est limitée à l'Ouest par l'océan Atlantique et la Guinée Bissau, à l'Est par la Côte d'Ivoire, au nord par le Sénégal et le Mali, au sud par la siéra Léone et le Libéria.

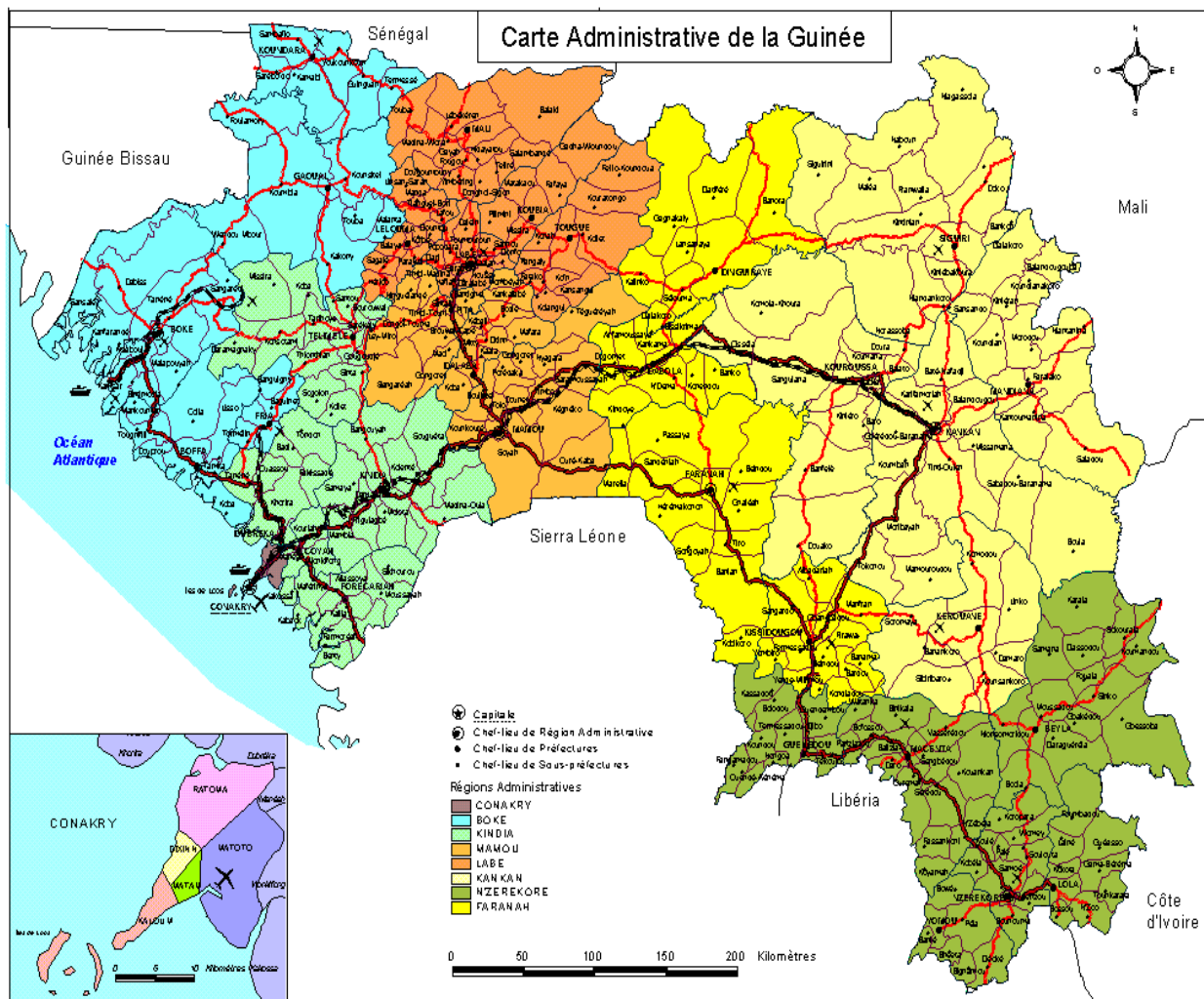
Sur le plan géographique, la Guinée est divisée en quatre régions naturelles bien individualisées sur le double plan physique et humain : (1) la Basse Guinée ou Guinée Maritime ; (2) la Moyenne Guinée ou Foutah Djallon; (3) la Haute Guinée ; (4) la Guinée Forestière

Carte 1 : Les 4 régions naturelles de la République de Guinée



CARTE 1 : Les 4 régions naturelles de la République de Guinée

Sur le plan administratif, la Guinée est composée de 8 régions administratives, y compris la ville de Conakry, la Capitale. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines (CU) dont 5 à Conakry, 303 communautés rurales de développement (CRD) et 1.615 districts ruraux.



CARTE 2: carte administrative de la Guinée

Selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain 2011 (RMDH/PNUD 2011), la Guinée compte une population totale de 10 200 000 habitants. Environ 65% d'entre eux vivent en milieu rural. Les femmes représentent plus de 51% de la population totale. Environ 47% de cette population féminine sont en âge de procréer (EDSGIII+2005).

Quant à la migration, on note un important mouvement de populations entre la Guinée et tous les pays voisins, plus particulièrement le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la Sierra Léone et le Libéria.

Sur le plan économique, la Guinée est un pays naturellement riche. L'économie du pays est basée sur d'importantes potentialités agricoles, halieutiques et minières (bauxite, fer, diamant, or etc.). Grand producteur mondial de bauxite, le pays contrôle 40% du commerce mondial. Ces ressources en général devraient constituer des atouts majeurs pour un développement économique et social. Malgré ces atouts, la Guinée demeure toujours parmi les pays à faible développement humain, 178ème sur 186 pays avec un PIB par habitant de 1048 USD (RMDH/PNUD 2011).

L'incidence de la pauvreté est passée de 49,2% en 2002 à 58% en 2010 selon les dernières estimations (DRSPII Intérimaire 2011). Selon les estimations de l'EIBC (Enquête Intégrale Budget-Consommation, 2006), 53,4% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et celle-ci reste très marquée chez les femmes.

Par ailleurs, on note un recule relatif dans le domaine de l'éducation. Le taux brut de scolarisation au niveau national est passé de 79% en 2007- 2008 à 77% en 2008 - 2009 contre un objectif de 83%. Chez les filles, ce taux est passé de 71% en 2007- 2008 à 70% en 2008 - 2009 (DRSP intérimaire 2011).

Systeme de sante et autres services sociaux de base

En matiere de politique de sante, la Guinee opte pour la strategie de decentralisation en vue de l'accès universel des populations aux soins de sante de qualite à tous les niveaux de pyramide sanitaire.

Pour y parvenir, les strategies suivantes ont été retenues dans le plan strategique de developpement sanitaire 2003-2012 : (i) la lutte integree contre la maladie et la mortalite, (ii) le renforcement des capacites institutionnelles et de gestion, (iii) l'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services, (iv) le developpement des ressources humaines, et (v) la promotion de la sante¹.

La plupart des indicateurs socio sanitaires de la Guinee sont parmi les plus preoccupants de la sous region Ouest africaine

TABLEAU II : Indicateurs sur l'état de sante de la population

Indicateurs	Valeur
Taux de mortalité infantile	98 pour mille NV
Taux de mortalité juvénile	79 pour mille
Enfants complètement vaccinés	42 pour cent
Malnutrition chronique	35 pour cent
Taux de mortalité maternelle	980 pour 100 000
Prévalence de l'infection au VIH	1,5 pour cent
Risque d'infection à la Tuberculose	1,5 pour cent

Organisation du systeme de soins

Le systeme de soins est compose de trois niveaux selon le schéma defini par l'Organisation Mondiale de la Sante (OMS). Sur le plan administratif, on distingue :

1. Le niveau central qui est chargé de la conception, de la supervision, du contrôle et de l'évaluation de la mise en œuvre des orientations du Gouvernement en matiere de sante.

¹ MSHP, Plan strategique de developpement sanitaire 2003 - 2012

2. Le niveau régional est la structure intermédiaire de l'organisation administrative qui est chargée de la supervision et du contrôle des orientations données par le niveau central, en vue de leur traduction en activités opérationnelles.
3. Le niveau préfectoral est appelé opérationnel et est chargé de la réalisation des activités sur le terrain, sur le plan sanitaire.

Infrastructures sanitaires

L'offre de soins publique dans le pays est constituée d'infrastructures qui se répartissent comme suit :

TABLEAU III : Infrastructures sanitaires

Catégorie	Nombre
Poste de santé opérationnel	645
Centre de santé	412
Hôpital préfectoral	26
Centre Médico-Communal	8
Hôpital régional	7
Hôpital national	3

A coté du secteur public, il existe un sous secteur privé associatif et associatif en plein essor. On compte 271 cabinets de soins et de consultations, 22 centres médicaux chirurgicaux, 10 polycliniques, 23 cabinets dentaires et 222 cabinets de sages femmes sur l'ensemble du territoire. Les structures pharmaceutiques et biomédicales privées sont constituées de 47 centrales d'achat, 368 officines, 40 points de vente et 10 laboratoires répartis dans le pays².

Une grande partie de ces infrastructures ne répond pas aux normes définies par le Ministère de la Santé.

TABLEAU IV : situation du personnel de santé

Catégories	Effectif	Ratio Population/agent
Médecin spécialiste	72	138 889
Médecin généraliste	1466	6 821
Médecin dentiste	33	303 030
Pharmacien	211	47 393
Biologiste	103	97 087

² Rapport Point sur épidémie de sida 2010

Sage femme	304	32 895
Infirmier diplômé d'Etat	1023	9 775
Infirmier breveté (ATS)	3824	2 615
Total	7016	1 425

Le personnel est inégalement reparti entre la capitale et les préfectures de l'intérieur du pays.

Dans les domaines pharmaceutique et médical, on remarque le développement rapide et incontrôlé du secteur informel illicite entraînant un risque réel et élevé pour la santé de la population.

Il faut noter que la part du budget de l'Etat alloué au fonctionnement du MSHP est en baisse depuis 1997. De plus, le taux de décaissement est faible rendant ainsi aléatoire le fonctionnement adéquat des structures de santé.

Le présent rapport met en exergue les différentes activités réalisées par l'ensemble des acteurs et partenaires de la riposte nationale au sida en Guinée au cours de l'année 2011. Il donne un aperçu des résultats de la performance du pays dans la mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le sida.

Le cadre stratégique national de la riposte compte cinq (5) axes stratégiques et dix huit (18) domaines d'intervention. Il est le document des grandes orientations nationales de la riposte au sida duquel, tous les acteurs et partenaires doivent baser leurs interventions. Sa mise en œuvre est régie par le principe de « Three One's » ou les trois principes directeurs à savoir : Une seule instance de coordination, Un seul Plan de Suivi-Evaluation et Un seul Cadre Stratégique National.

Les résultats de sa mise en œuvre durant l'année 2011 s'articulent au tour des axes suivants:

- ✓ Axe I : Prévention de la transmission des IST et du VIH,
- ✓ Axe II : Prise en charge médicale et nutritionnelle des PVVIH,
- ✓ Axe III : Protection et soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH et autres groupes spécifiques,
- ✓ Axe IV : Gouvernance, partenariat, coordination et mobilisation des ressources,
- ✓ Axe V : Surveillance de l'épidémie, suivi, évaluation, communication stratégique et promotion de la recherche.

Au plan politique, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), présidé par le Premier Ministre existe depuis 2002. Organe national unique, il assure la coordination politique, l'orientation et l'application des décisions du gouvernement en matière de sida.

Cette tutelle de la Primature est de nature à faciliter le leadership et la coordination de toutes les parties prenantes que sont le secteur public ou gouvernemental (les ministères), le secteur privé, les organisations de la société civile y compris les ONG, et les partenaires au développement, à travers une autorité nationale unique en vertu des « Trois principes directeurs ».

En dépit de ces progrès, l'année 2011 se caractérise par des principales forces et faiblesses ainsi que des opportunités et réponses envisagées dans les domaines prioritaires comme l'indique le tableau ci-dessous.

TABLEAU V : Synthèse des forces, faiblesses, opportunités et actions envisagées

Forces	Faiblesses	Opportunités	Actions Envisagées
RIPOSTE AU PLAN POLITIQUE			
CNLS présidé par le Premier Ministre Chef Gouvernement	Irrégularité des instances de coordination du CNLS au niveau décentralisé	L'implication de la première dans la lutte contre le sida	Mobilisation de plus de ressources pour la lutte contre le sida
SE/CNLS rattaché à la primature	Insuffisance de moyen pour rendre opérationnel les démembrements du SE/CNLS	Amorce de la décentralisation du SE/CNLS au niveau régional	Rendre fonctionnel le SE/CNLS les structures décentralisés du SE/CNLS
Inscription au BND pour la riposte au sida	Faible fonds alloué au SE/CLNS	Engagement des sociétés minières, les pétroliers	Intégration de la problématique du VIH dans les plans d'action sectoriels public et privé
Lancement du Forum National des Partenaires de la riposte au sida en 2011	Insuffisance de suivi de la recommandation du Forum National des Partenaires	L'intérêt manifeste de tous les partenaires, existence d'une équipe conjointe du SNU sur le sida	
RIPOSTE AU PROGRAMMATIQUE			
Mobilisation de ressources complémentaires (R10 VIH et RSS)	Faible capacité d'absorption des subventions des programmes au niveau secteur publique Insuffisance de ressources humaines qualifiées	Disponibilité de l'assistance technique des partenaires	Renforcement des capacités programmatique et financier, logistique
Diffusion de l'Ordonnance 056 sur la Prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida	Insuffisance de diffusion au niveau décentralisé et déconcentré	Existence des medias public et privés	Forte implication de la société civile et mass média
Validation des rapports nationaux par la Commission Technique Multisectorielle de Travail en Suivi évaluation VIH	Faiblesse du système de collecte Faible diffusion des outils et indicateurs harmonisés	Amorce de l'implémentation des outils de collecte harmonisés au niveau central et décentralisé	Poursuite de l'implémentation, suivi de l'utilisation des outils harmonisés à tous les niveaux

Traitement gratuit par ARV des PVVIH	Rupture fréquente en intrant Faible couverture ARV au niveau décentralisé Insuffisance de suivi	Existence d'une centrale d'achat, de structures de santé décentralisée	Poursuivre la formation du personnel en prise en charge globale ; poursuivre l'ouverture de nouveaux sites
--------------------------------------	---	--	--

II - RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA EN 2011

Le paysage sociopolitique guinéen a été marqué en 2011 par les effets du contexte économique mondial difficile, le changement de régime, la suspension de l'aide internationale liée aux conditions socio politique dont entre autres le retard de la tenue des législatives. Il s'agit notamment de la diminution des financements, de l'accroissement de la vulnérabilité de certaines couches de la population (surtout les PS), du ralentissement de la mise à disposition, par un certain nombre de partenaires, de ressources (fonds) destinées aux activités, et des interruptions dans la mise en œuvre des projets et programmes de la riposte contre l'épidémie de sida.

2.1 PRINCIPALES REALISATIONS

AXE STRATEGIQUE I

Prévention de la transmission des IST et du VIH

Dans le cadre de la mise en œuvre de cet axe, quatre principales approches sont développées pour atteindre les cibles, notamment (i) la communication mass media et de proximité, la distribution des préservatifs et la création des centres pour les jeunes pour la prévention des comportements à risque (CECOJE); (ii) le dépistage à travers la mise en place des Centres de Dépistage Volontaire (CDV) et de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) au sein des structures publiques et privées offrant respectivement les services de consultation curative, de consultation prénatale et de maternité; (iii) la réduction de la transmission par voie sanguine et (iv) l'intégration de la prise en charge syndromique des Infections Sexuellement Transmissible (IST) dans les paquets minimums d'activités (PMA) des formations sanitaires et la mise en place de « services adaptés » (SA) pour le suivi des professionnels de sexe (PS).

1.1 INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION/COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (IEC/CCC), DISTRIBUTION DE PRESERVATIFS, CECOJE

Ces activités sont menées pour accroître le niveau de connaissance de la population sur les moyens de prévention des IST/VIH/Sida afin d'adopter un comportement responsable.

Dans cette perspective, 143 868 personnes ont été sensibilisées sur les modes de prévention des IST/VIH/sida à travers les campagnes de sensibilisation, les causeries éducatives et les écoutes conseils. Parmi ces personnes on compte 124 868 jeunes, 4 422 professionnelles de sexes, 334 Hommes ayant des Rapports sexuels avec les Hommes, 3 078 travailleurs dans 19 départements Ministériels et 1 institution républicaine. Les ministères sont : Jeunesse et emploi, Tourisme et Hôtellerie, Agriculture, Economie Finance, Postes et Télécommunication, Affaires sociales, Alphabétisation, Elevage, Affaire religieuses, Contrôle Economique et Financier, Culture et Patrimoine, Sécurité, Délégué aux affaires sociales, Pêche, Délégué au

transport, Délégué au Budget, Enseignement Supérieur et de la recherche scientifique, Plan, Santé et de l'Hygiène Publique. Le tableau ci-dessous montre la participation des acteurs et partenaires pour le résultat obtenu.

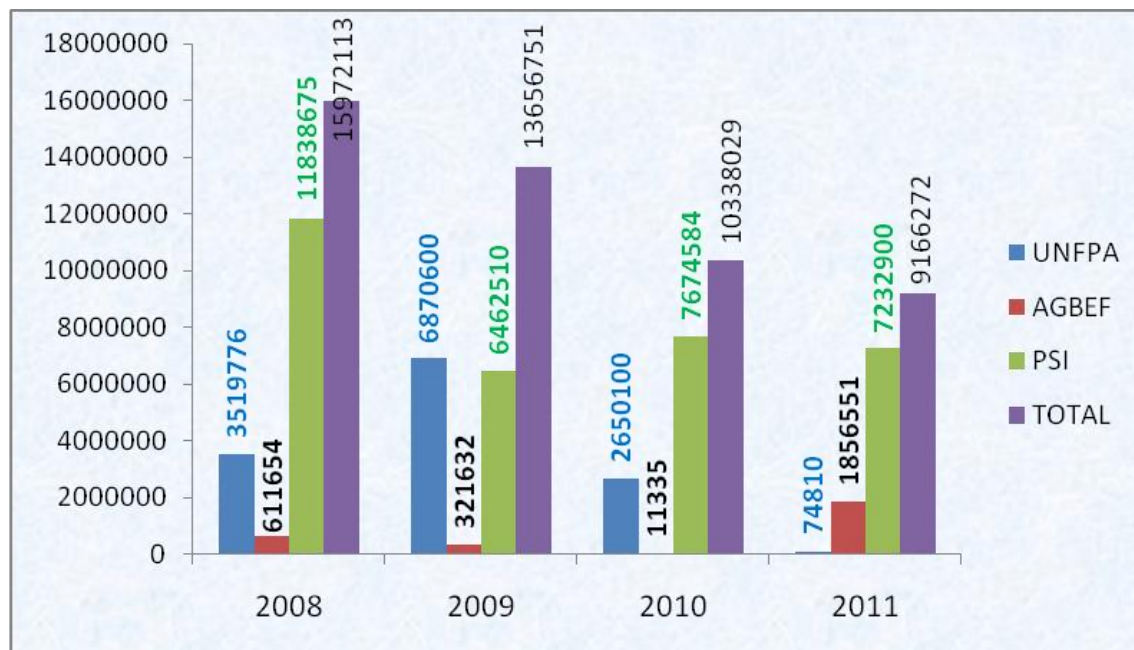
TABLEAU VI : Répartition des groupes cibles sensibilisés par intervention des partenaires et acteurs

Groupes cibles	Nombre	Partenaires/acteurs
Jeunes	124 868	UNFPA, PSI
PS	4 422	FMG
HSH	334	FMG
Routiers	11166	FMG
Ministères	3078	SE/CNLS, UNFPA
TOTAL	143 868	

En 2011, environ 9.166.272 préservatifs sont distribués dont 20.733 féminins. Toute fois, ce résultat montre une baisse sensible de 11,33% de la quantité distribuée, comparativement à celle de 2010, chiffrée à 10. 338 029 préservatifs. La disponibilité, la promotion et la distribution auprès des populations sexuellement actives sont des déterminants essentiels de l'utilisation de préservatifs.

Au titre des efforts déployés durant l'année 2011, on peut montrer entre autres, des réalisations de trois principaux acteurs ci après:

- ✓ PSI qui a fait une distribution/vente de 7.232.900 préservatifs masculins sur tout le territoire national en Guinée en 2011 contre 7.674.584 d'unités de préservatifs en 2010 ;
- ✓ AGBEF et ses antennes régionales qui ont distribué 1 856 511 pièces de préservatifs en 2011 dont 2 683 préservatifs féminins contre 11.335 pour 2010 ;
- ✓ UNFPA en collaboration avec ses partenaires sur le terrain qui a distribué 74.810 préservatifs dont 18.050 préservatifs féminins au niveau national en 2011.



Source : PSI, UNFPA et AGBEF

GRAPHIQUE I : Tendance de la distribution des préservatifs En 2011 en Guinée (en milliers)

Il convient de souligner que le nombre de préservatifs acquis par les populations au niveau des pharmacies, des étalagistes et autres sources d’approvisionnement non formalisées n’est pas négligeable, mais toujours difficile à mesurer à ce jour.

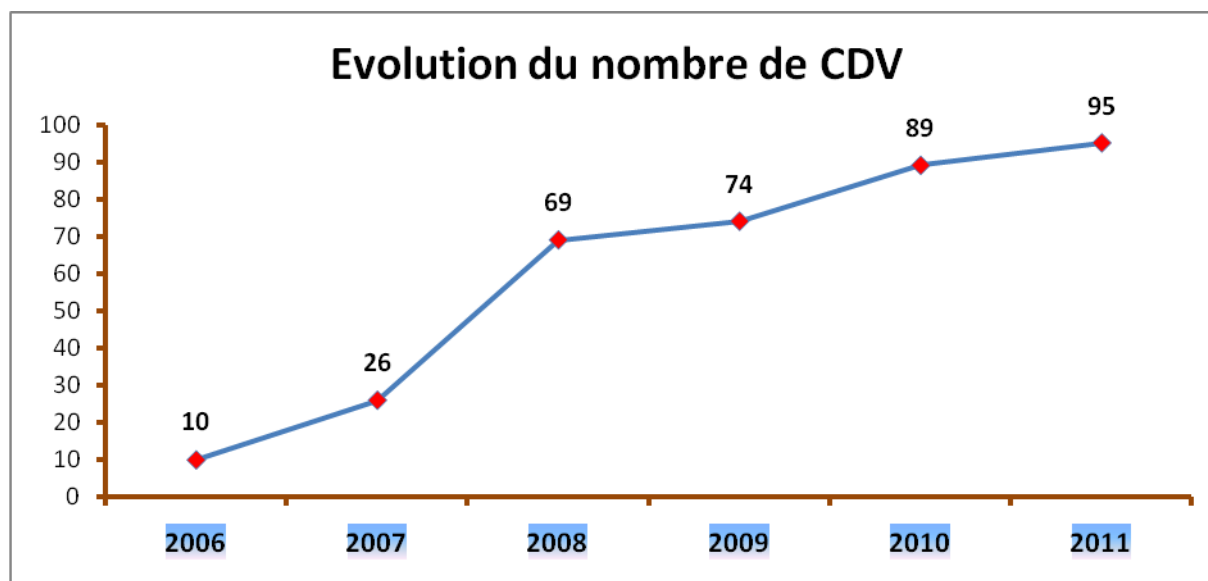
L’utilisation correcte du préservatif lors des rapports sexuels protège efficacement contre le passage du VIH d’un individu à un autre. C’est une importante mesure, particulièrement pour des personnes ayant des partenaires sexuels multiples. Pour mesurer les progrès réalisés dans la prévention de l’exposition au VIH lors des rapports sexuels non protégés, la SSG 2009 (corridor de Boké) a révélé que chez 171 individus ayant déclarés avoir eu plus d’un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 30 seulement ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, soit 18%. Il a été rapporté au niveau national en 2005, que cette proportion est 31% soit près de 1 adulte sur 3.

Si les résultats de la prochaine EDSG prévue en 2011 ressemblaient aux variations importantes constatées entre les régions de Boké et de Conakry, on pourrait s’inquiéter de l’émergence de comportements qui va à son tour influencer la dynamique de l’épidémie de VIH dans le pays.

1.2 CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE (CDV)

Au cours de l’année 2011, il y a eu 95 sites de CDV fonctionnels. Comparativement à l’année 2010, on note une augmentation du nombre de sites de 89 en 2010 contre

95 en 2011. Le nombre de nouveaux sites CDV rendus fonctionnels en 2011 est de six (6). Le graphique ci-dessous montre l'évolution des sites de 2006 à 2011.



GRAPHIQUE II : Tendence de l'évolution du nombre de sites de CDV de 2006 à 2011 en Guinée

Selon ce graphique, le nombre moyen de sites CDV installés par années est de 17. L'ensemble des sites CDV fonctionnels dans le pays est le fruit des efforts conjugués de plusieurs partenaires et acteurs impliqués dans la riposte au sida.

Le tableau ci-dessous montre la participation des différents acteurs et partenaires dans l'installation des sites de CDV.

TABLEAU VII : Répartition des sites de CDV selon les partenaires/acteurs de la riposte au sida

N°	Partenaires	Nombre de sites CDV	Pourcentage
1.	PNPCSP (Fonds Mondial)	36	37,89
2.	MSF Belgique	9	9,47
3.	Centre DREAM	1	1,05
4.	GIZ	4	4,21
5.	Fraternité Médicale Guinée (FMG)	11	11,58
6.	Faisons ensemble	34	35,79
TOTAL		95	100

Il ressort du tableau ci-dessus que le PNPCSP sur financements Fonds Mondial de la Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme a le plus grand nombre de sites

de CDV dans le pays soit 36 soit 37,89%, suivi de Faisons Ensemble avec 34 sites soit 35,79%.

A travers ces 95 sites CDV, au cours de l'année 2011, **131 228** personnes ont été dépistées au VIH. La répartition des personnes testées par acteurs/partenaires se trouve dans le tableau ci-dessous.

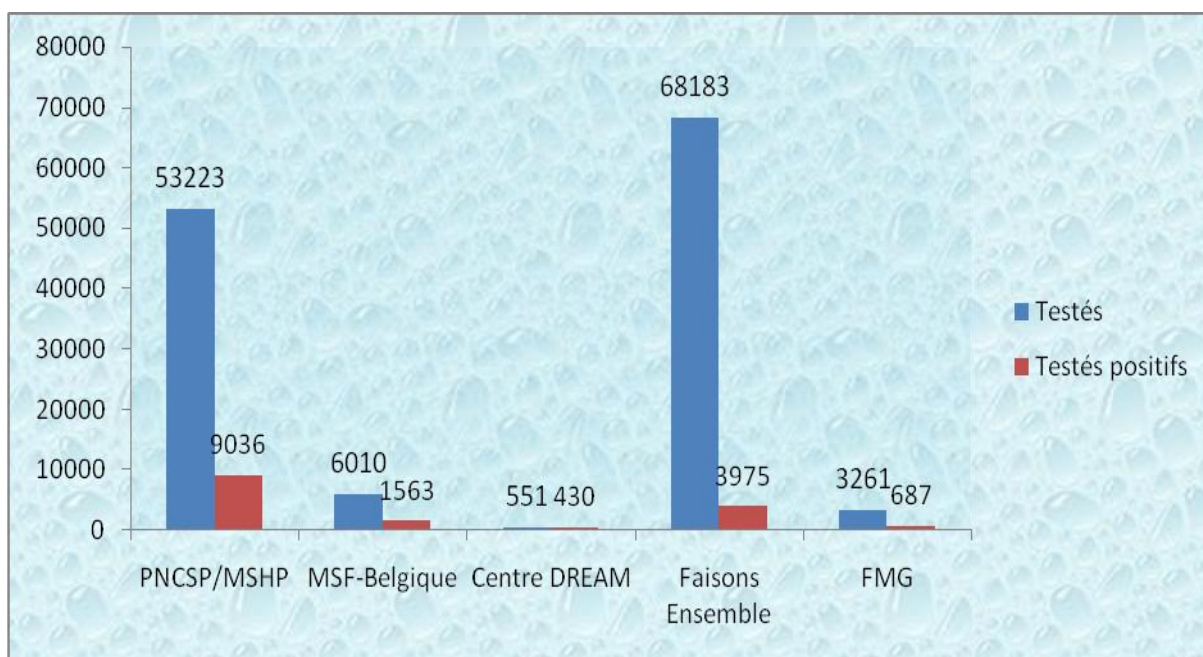
TABLEAU VIII : Répartition du nombre de personnes dépistées par partenaires/acteurs

N°	Partenaires	Nombre de personnes testées			Total	Pourcentage
		Hommes	Femmes	Enfants		
1.	PNPCSP (Fonds Mondial)	23791	28377	1055	53223	40.56
2.	MSF Belgique	1132	4 502	376	6010	4.58
3.	Centre DREAM	141	344	66	551	0.42
4.	Fraternité Médicale Guinée (FMG)	931	2 274	56	3261	2.48
5.	Faisons Ensemble	29303	38880	-	68183	51.96
TOTAL		55298	74377	1553	131228	100

Le plus grand nombre de dépistage a été effectué par FAISONS ENSEMBLE 68183/**131228** personnes soit 51,96 %, suivi du PNPCSP 53 223/**131228** soit 40,56%.

Les femmes sont majoritaires sur l'ensemble des sites de dépistage et représentent 56,67% des personnes dépistées. Il faut noter toutefois, que des efforts sont fournis de plus en plus dans le cadre du dépistage au VIH. Les partenaires impliqués s'investissent beaucoup dans les activités de sensibilisation, de formation et dans la motivation du personnel relevant de leurs zones d'appui.

Parmi les **131 228** personnes qui ont subi le test de dépistage au VIH, le test s'est révélé positif pour 15 691 personnes soit 11,95% (15 691 /**131 228**). Le graphique ci-dessous montre le nombre de personnes dépistées positives au VIH au cours de l'année 2011.



GRAPHIQUE III : Répartition des personnes testées positives au VIH selon les acteurs

Dans la majorité des sites, les dépistages sont de plus en plus à visée diagnostique. Tous les sites sont essentiellement implantés dans les structures sanitaires qui reçoivent les demandes de dépistage en complément des bilans biologiques. A cela, il faut ajouter la mise en œuvre du dépistage à l'initiative du prestataire.

Le plus grand nombre de dépistage volontaire se fait dans les sites de FAISONS ENSEMBLE, qui dispose beaucoup plus de site en dehors des formations sanitaires ce qui explique un nombre relativement bas par rapport aux autres centres. Ce nombre de FAISONS ENSEMBLE pourrait refléter la réalité si on extrait les cas de dépistage effectué dans les sites implantés ou sous la gestion des structures sanitaires.

1.3 SECURITE TRANSFUSIONNELLE

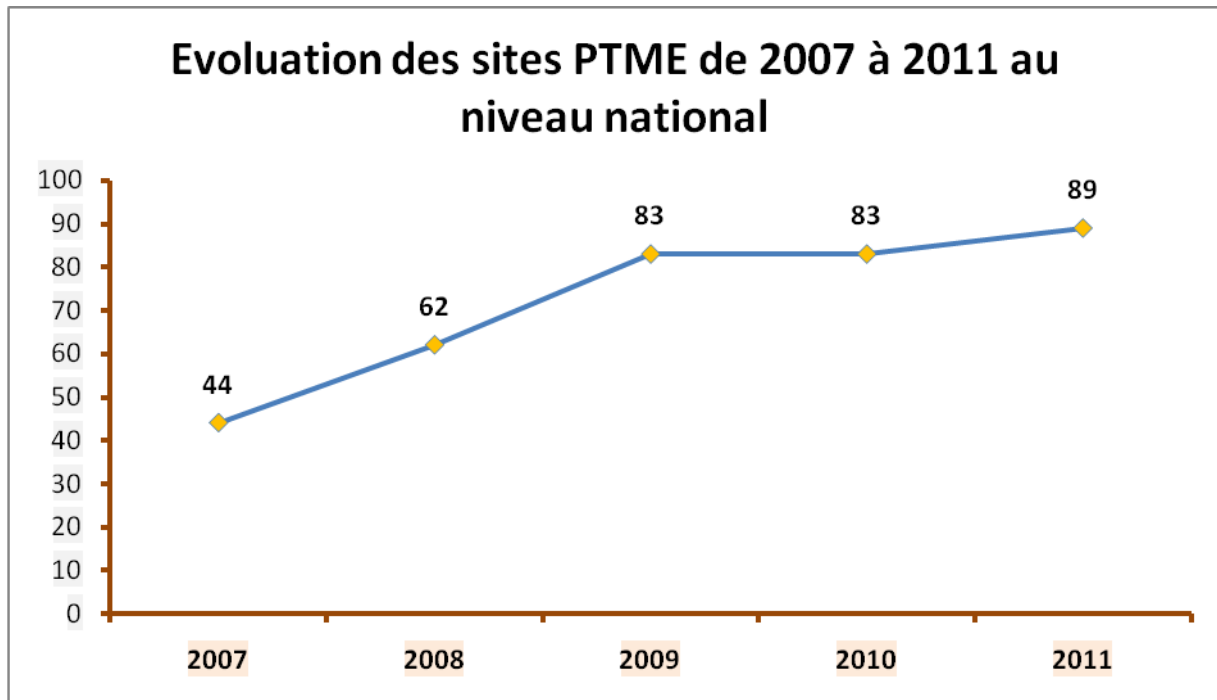
La sécurité transfusionnelle a été assurée à 100% pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B et C.

1.4 PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH (PTME)

On dénombre en 2011, 89 sites qui assurent les prestations en PTME sur l'ensemble du territoire. Ces sites sont repartis entre les acteurs et partenaires suivants :

- PNPCSP : 64
- MSF Belgique : 11
- Centre DREAM : 03
- Fraternité Médicale Guinée (FMG) : 11

En 2010, on disposait de 83 sites PTME dont 76 fonctionnels au niveau national sur 150 prévus, soit un écart négatif de 67 sites. Les résultats de l'étude sur la cartographie des offres de services montrent un total de 83 sites PTME en 2009, contre 62 en 2008 et 44 en 2007. L'année 2010 n'a donc pas connu une extension par rapport à la cible. Le graphique ci-dessous montre l'évolution de l'installation des sites PTME au niveau national.



GRAPHIQUE IV : Tendence évolutive des sites de PTME

Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant

Les estimations et projection Spectrum Guinée 2011, indiquent que 4 747 femmes ont besoin de thérapie anti rétrovirale. Selon le PNPCSP, à la fin du mois de décembre 2011, 1921 ont bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale pour diminuer le risque de transmission du VIH à leurs enfants soit 40,47% (1921/4747) de femmes enceintes couvertes au niveau national en prophylaxie antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant. Comparativement aux années précédentes, on note en 2011 une augmentation de la couverture en PTME qui presque doublé entre 2010 (20%) et 2011 (40,47%). Le tableau ci-dessous montre la synthèse des activités de PTME de 2008-2011.

TABLEAU IX : Synthèse des activités de PTME de 2008 à 2011

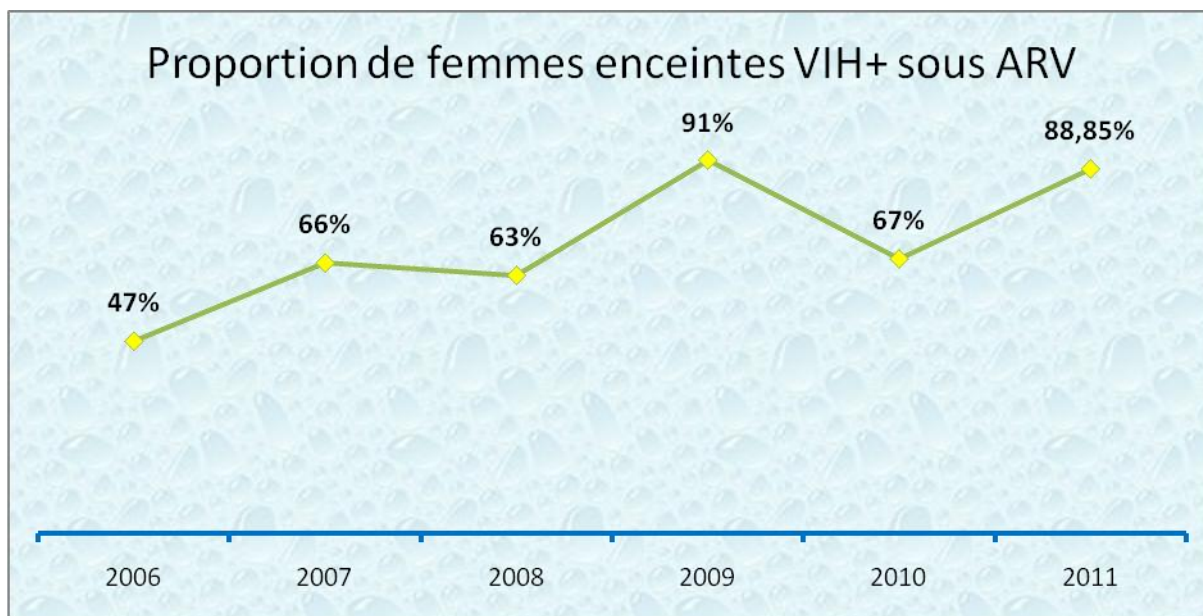
N°	Indicateurs	2008	2009	2010	2011
1.	Nombre de femmes enceintes testées séropositives	1033	860	1473	2162
2.	Nombre de Femmes enceintes séropositives mises sous ARV	652	783	986	1921
3.	Couverture nationale des cibles en PTME	13,87%	17,02%	24%	40,47%

Source : Rapport PNPCSP 2008 ; Rapport PNPCSP 2011

L'analyse du tableau ci-dessus permet de dégager qu'au sein des structures qui ont intégré la PTME, il y a une amélioration significative du suivi des femmes.

Les 40,47% représente la couverture nationale des besoins de PTME par rapport au nombre de femmes enceintes attendues.

En ce qui concerne les efforts fournis par rapport aux femmes enceintes reçues en PTME, il faut noter que des efforts importants ont été fournis. Parmi les 2162 femmes enceintes testées séropositives, 1921 ont bénéficié d'une prophylaxie ARV soit 88,85%. Ce résultat montre que la quasi-totalité des femmes testées séropositives au sein du programme PTME ont bénéficié de la prophylaxie ARV. La figure ci-dessous montre les performances des programmes PTME de 2006.



GRAPHIQUE V : Evolution du pourcentage des femmes testées VIH+ et mises sous ARV

Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie

En 2011, selon le rapport du PNPCSP, 3 084 enfants nés de mères séropositives sont suivis dans les sites de PTME du pays. Parmi ceux-ci, 12,48% (385/3084) ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie.

Toutefois, il est important de noter que ce pourcentage représente le résultat de deux sites PTME (DREAM et MSF-Belgique) tous situés à Conakry, qui assurent le diagnostic précoce chez les enfants nés de mères séropositives.

Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisé)

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

A cet effet, le pourcentage estimé d'enfants ayant été infecté par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours de 12 derniers mois est de 25,28% (1200/4747) en 2011.

AXE STRATEGIQUE II

Prise en charge médicale et nutritionnelle des PVVIH

Cet Axe vise la décentralisation progressive de l'offre de services pour les PVVIH, notamment : (i) le Traitement (gratuit) avec des antirétroviraux conformément aux recommandations de l'OMS, (ii) le Suivi biologique des patients ; (iii) la Prophylaxie et traitement des infections opportunistes, y compris la tuberculose ; (iv) le Développement d'une réhabilitation nutritionnelle adaptée pour les PVVIH. Cette stratégie passe par le renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire, déjà actif, dans la prise en charge et le continuum de soins aux PVVIH.

2.1 SUIVI BIOLOGIQUE DES PVVIH Y COMPRIS LE SUIVI DES RESISTENCES

Il existe 18 sites de suivi biologique des PVVIH à travers le Pays. En 2011, on compte trois (3) sites qui sont opérationnels à savoir : laboratoire national de référence, centre Dream et MSF-Belgique.

Les examens de suivi biologiques retenus sont : l'hématologie, la biochimie, les CD4 et la charge virale.

En 2011, 2277 Charges Virales et 21 747 Typage lymphocytaire ont été effectués dans les différents centres susmentionnés.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des résultats du suivi biologique par acteurs/partenaires.

TABLEAU X : Nombre de CD4 et CV réalisés en 2011

Acteurs partenaires	CD4	Charge virale
Labo National Référence	1652	0
Centre DREAM	6817	2000
MSF-B	13278	277
Total	21747	2277

La charge virale a été réalisée chez 10% des patients de la file active ce qui diminue la qualité de suivi des patients.

En moyenne, le centre DREAM a réalisé 2,5 CD4 par patient suivi, tandis que MSF Belgique a réalisé 2,1 par patient suivi. Par ailleurs, le LNR n'a réalisé aucune charge virale par manque d'intrants.

Pour les sites publics (Hôpitaux Nationaux, Régionaux disposant d'appareils) la non réalisation des tests de CD4 et Charge virale est due essentiellement au manque d'intrants.

2.2 PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS Y COMPRIS LA TUBERCULOSE

La faible notification des cas d'IO prises en charge rend difficile l'indication de données relativement valides. Il convient de souligner que le nombre limité de services de prise en charge des IO au niveau périphériques, les difficultés liées au diagnostic clinique et/ou biologique de certaines maladies et infections opportunistes représentent de véritables goulots. En outre, l'absence de médicaments spécifiques entre autres pour la Maladie de kaposi, la Toxoplasmose, les Neuropathies diverses, les Viroses opportunistes et autres Affections systémiques et tumorales sont de véritables défis auxquels les acteurs continuent à faire face sur le terrain.

En 2011, 45 463 PVVIH ont été traitées pour infections opportunistes au VIH. Comparativement à 2010, où le nombre PVVIH traité pour IO était de 31 392, on note une augmentation de 14 071 en 2011.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des résultats obtenus en 2011 selon les acteurs/partenaires.

TABLEAU XI : Répartition des cas d'IO pris en charge par site 2011

Acteurs/partenaires	Hommes	Femmes	Enfants	TOTAL
PNPCSP	15 244	24300	558	40102
MPA	234	538	64	836
Centre Dream	100	440	441	981
GIZ	1481	2033	30	3544
TOTAL	17059	27311	1093	45463

La prise en charge de la co-infection est assurée principalement dans les sites de la Carrière et du CMC de Matam (MSF-B). Par contre, certains sites développent à faible échelle des activités de co-infection TB/VIH, soit en assurant un traitement ou en référence pour diagnostic et traitement dans un Centre Anti Tuberculeux (CAT). Le nombre de PVVIH sous ARV ayant suivi un traitement pour la TB est de 1059 en 2011. Le tableau n°... ci-dessous montre la contribution de chaque acteur/partenaire dans le cadre de la prise en charge de la co-infection TB/VIH en 2011.

TABLEAU XII : Répartition des cas de co-infection TB/VIH pris en charge par site 2011

Acteurs/partenaires	Hommes	Femmes	Enfants	TOTAL
MSF-B (Gueckédou)	249	253	8	510
CAT carrière et autres sites du PNCSP	115	264	13	392
DREAM	35	81	8	214
GIZ	2	2	0	4
MPA	14	14	1	29

TOTAL	415	614	30	1059
-------	-----	-----	----	------

Le plus grand nombre de cas de co-infection TB/VIH sont notifiés dans le Centre Antituberculeux de la Carrière appuyé par SOLTHIS et le site de MSF-B.

2.3 TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

Le nombre de structures qui assurent le traitement ARV est passé de 11 en 2007. Le nombre de sites de prise en charge est resté stationnaire entre 2009 et 2011 et est de 46. Tous sont en milieu urbain excepté ceux des zones minières de Kamsar, de Léro, de CBK, de RUSAL, de RIO TINTO, de Guinea Alumina, de Bhp Bilinton et de SEMAFO. Les 46 sites de prise en charge de 2011 sont repartis entre les acteurs/partenaires de la riposte de la façon suivante :

- ✓ PNPCSP : 32
- ✓ MSF Belgique : 7
- ✓ Centre DREAM : 3
- ✓ GIZ : 4

La proportion de femmes, hommes et enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'ARV est de **23 448** en 2011.

Ces patients sont répartis entre les acteurs/partenaires suivants : voir tableau ci-dessous.

TABLEAU XIII : Répartition des PVVIH sous ARV les acteurs/partenaires

Acteurs/partenaires	Hommes	Femmes	Enfants	Total	Pourcentage
PNPCSP/MSHP	4 427	7 676	499	12602	53.74
MSF Belgique	2 579	4 187		6766	28.86
MPA	58	140	9	207	0.88
Centre Dream	644	1 785	217	2646	11.28
GIZ	503	704	20	1227	5.23
Total	8 211	14 492	745	23448	100.00

NB : Sur les 6766 patients de la file active de MSF Belgique figurent 364 enfants

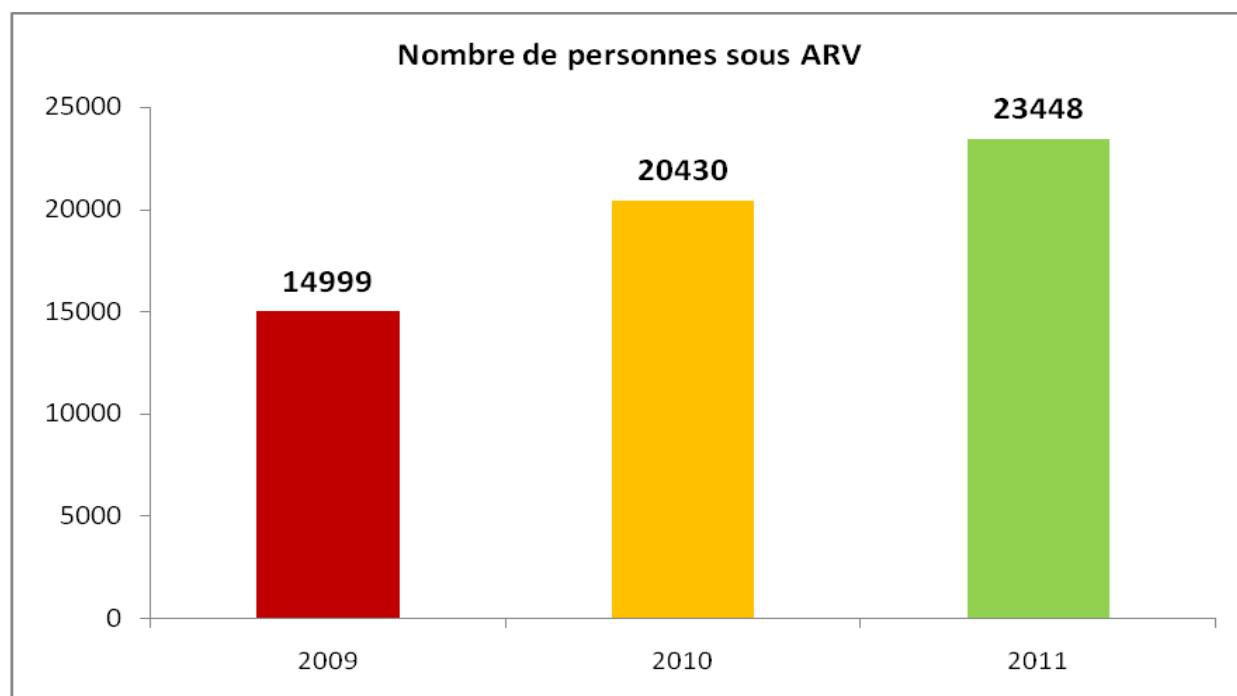
Depuis 2009, le nombre de structures de traitement ARV est resté stationnaire à 46. Toutes sont en milieu urbain excepté celles des zones minières de Kamsar, de Léro, de CBK, de RUSAL, de RIO TINTO, de Guinea Alumina, de Bhp Bilinton et de SEMAFO.

Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès*

Selon le rapport 2011 du PNPCSP, le nombre de femmes, d'hommes et enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'ARV est de **23 448** dont **8211** hommes, **14492** femmes et 745 enfants. Parmi les enfants, il y a 268 garçons et 477 filles.

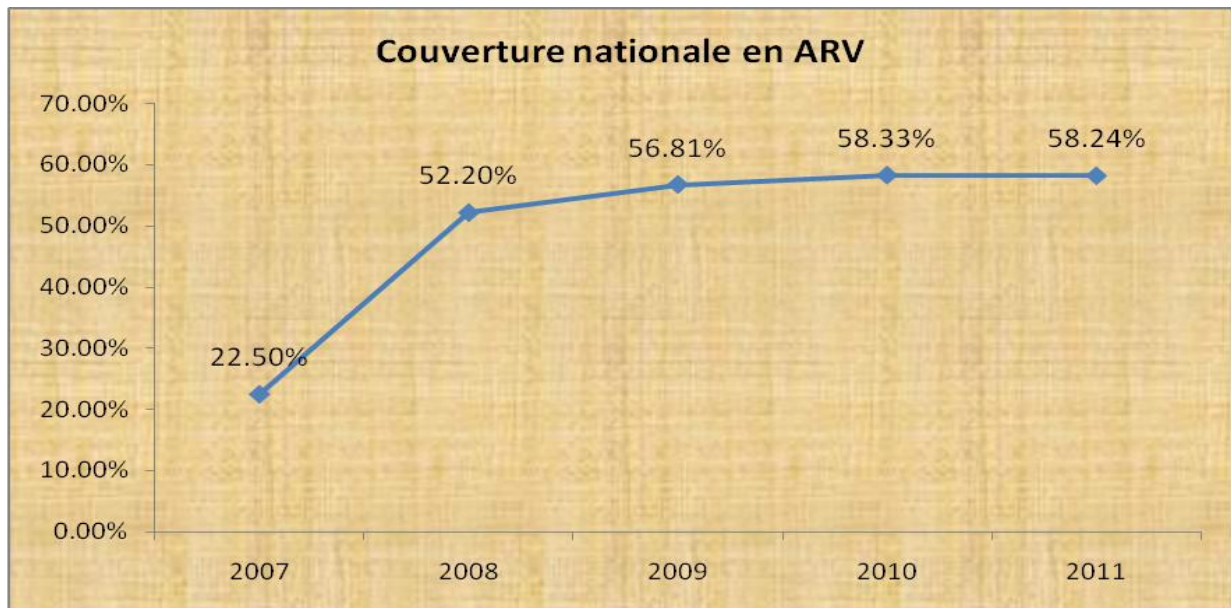
Selon les estimations et les projections de Spectrum Guinée 2011, le nombre de PVVIH ayant besoin du traitement ARV en 2011 est de 40258 dont 15 027 hommes, 18 470 femmes, 3 446 garçons et 3315 filles.

Le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral est passé de 14 999 en 2009, à 20430 en 2010 pour atteindre **23 448** en 2011. Le graphique ci-dessous montre les efforts des programmes.



GRAPHIQUE VI: Tendence de l'évolution du nombre de PVVI sous ARV de 2009 à 2011 en Guinée.

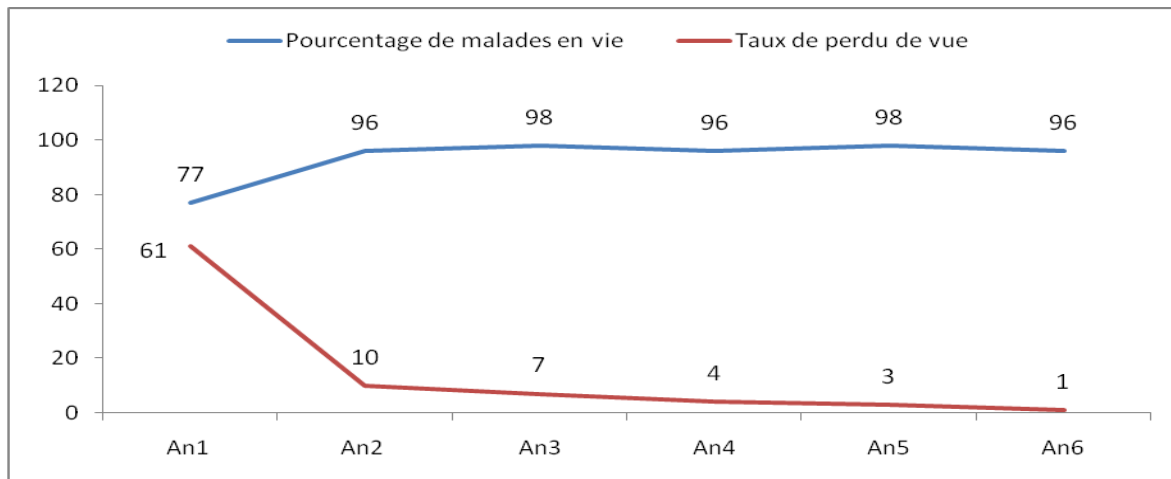
En 2011, le pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès est de 58,24% (23448 /40258). Cette couverture est de 54,64% chez les hommes adultes, 78,46% chez les femmes adultes.



GRAPHIQUE VII: Taux de couverture nationale en besoins ARV de 2007 à 2011

Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale

Un groupe de personnes mis sous ARV depuis 6 ans au niveau de structures appuyé par la PSS/GTZ (Hôpitaux de Kissidougou, Faranah et Mamou) chez la survie au traitement ARV a été évalué lors d'une supervision. Parmi ses personnes suivies, 77,13% [73,70-79,75]. La graphique ci-dessous, indique qu'au delà d'un an de traitement ce taux est supérieur à 95% et celui de perdu de vue baisse progressivement de 61% à la première année de traitement à 1% à la sixième année.



Source : Rapport de supervision des sites PEC et de CDV de la zone de PSRDF de la GIZ du 15 au 30 Novembre 2011

GRAPHIQUE VIII: proportion de malades en vie et taux de perdu de vue durant les 6 années de traitement dans les sites de la GIZ.

Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH

L'incidence de la tuberculose est estimée à 287 pour 100 000 personnes en Guinée. Ainsi, il est attendu 28.443 cas de tuberculose par an. Une étude a été réalisée en 2008 par le centre antituberculeux (CAT) Carrière et l'ONG internationale SOLTHIS sur le dépistage et la prise en charge du VIH dans ledit centre. Ce centre diagnostique la moitié des nouveaux cas de tuberculose (TB) du pays. Sur un total de 3.958 cas de TB, la séroprévalence était de 19,9%, soient 405 patients infectés par le VIH (dont 85% de VIH1).

Le nombre de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante est donc estimé à 5.404 par an selon les directives de l'OMS.

Selon le rapport 2011 du PNCSP, 1059 personnes ont reçus à la fois un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH en 2011.

Sur la base des données ci-dessus, en 2011, 19,60% (1059/5404) des malades co-infectés par le VIH et la TB ont reçu à la fois un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH.

Comparé à l'année 2010 où cette progression n'était que de 6%, on note une note une amélioration très sensible dans la prise en charge des malades coinfectés même si cette proportion reste encore très loin des attentes.

La coinfection TB/VIH représente 4,65% dans la file active ARV (22935) et 2,3% des épisodes d'infections opportunistes notifiées (45463). Les plus grands nombres de cas sont notifiés dans le Centre Antituberculeux de la Carrière appuyé par SOLTHIS et le site de MSF-B.

Il n'y a pas eu d'étude sur la cible de 15 à 49 ans. Cependant, selon une enquête nationale réalisée par UNFPA en 2009 sur Violence à l'égard des femmes et des

hommes de 15 à 64 ans, 36,5% des femmes âgés de 15 à 64 ans ont déclarés avoir subi des violences physique, sexuelle et psychologique.

Cette proportion varie selon le type de violence. Selon la même étude, les violences émotionnelles viennent en tête de liste avec 27%, suivies par les violences sexuelles 14,8%, puis les violences physiques 13,9%. Le tableau ci-dessous montre l'estimation des effectifs de femmes victimes de violences au cours des 12 derniers mois.

2.4 PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES PVVIH

Si on note des progrès dans la prise en charge médicale, l'appui nutritionnel n'existe presque pas. L'appui alimentaire qui est souvent ponctuel, ne suit pas toujours la prise en charge médicale. Un certain nombre de patients sont pris par le PAM/ Fonds Mondial à travers des ONG de PVVIH pour l'appui alimentaire de 2008 à 2009. La GTZ à travers MSFB entre 2004 et 2008 a initié un appui alimentaire aux PVVIH des hôpitaux de N'Nzérékoré et de Gueckédou.

Il faut aussi noter que les activités menées par certains acteurs/partenaires dans le cadre de l'appui nutritionnel ne sont pas notifiées.

En 2011, Fraternité Médicale Guinée (FMG) a fait un appui nutritionnel à 28 PVVIH et 20 OEV à travers son projet FEVE.

L'ONG Entraide Vie Gueckédou « EVG » assure la production de deux plats journaliers suivant les normes nutritionnelles pour chaque patient PVVIH sans accompagnant hospitalisé avec l'appui de plan Guinée et MSF-Belgique. Durant l'année 37 518 plats ont été produits.

PAM à travers des ONG/Association donne un appui nutritionnel à environ 600 PVVIH.

AXE STRATEGIQUE III

Protection et soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH et autres groupes spécifiques

3.1 SOUTIEN PSYCHOCOLOGIQUE

En plus de soins des soins qui leur sont apportés, les PVVIH doivent bénéficier d'un soutien psychologique.

Depuis 2004, les Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) des 2 hôpitaux (CMC de Matam à Conakry et l'hôpital préfectoral de Gueckédou), soutenus par MSFB sont

ponctuellement assistés par des experts expatriés qui encadrent des amateurs psychologues locaux.

Cette réalité n'est pas la même dans tous les sites de prise en charge. La raison est qu'il y a des lacunes dans la mise en œuvre de la stratégie de formation de psychologues au niveau national pour l'accompagnement des PVVIH.

En 2011, FMG a obtenu des résultats suivants dans le cadre du soutien psychologique (voir tableau n°XIV ci-dessous).

TABLEAU XIV : nombre de PVVIH et OEV ayant bénéficié d'un appui psychologique à FMG à travers le projet FEVE.

Prise en charge psychologique	Nombre
Nombre de PVVIH ayant bénéficié des appuis conseils	2 114
Nombre d'OEV ayant bénéficié des appuis conseils	39
Nombre de PVVIH ayant bénéficié des visites intra hospitalières	98
Nombre de participation des PVVIH aux groupes de parole et groupe d'auto support	1126
TOTAL	3 377

3.2 APPUI SOCIAL ET ECONOMIQUE

Le nombre de sites de prise en charge des orphelins et enfants vulnérables répertoriés est assez limité. Le plus souvent, les orphelins sont récupérés et placés dans la famille élargie (Cartographie des risques et vulnérabilités, des offres de services et des interventions dans le cadre de la riposte aux IST/VIH en République de Guinée 2009).

L'appui économique sous forme d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) sont donnés de façon sporadique par certains acteurs aux ONG de PVVIH pour leur membre, mais difficile de les tracer en termes d'informations par manque de suivi, ou de risque de stigmatisation.

En 2011, le SE/CNLS en collaboration avec le Ministère de Affaires sociales, a apporté un appui social à 3 000 OEV. la FMG, à travers son projet FEVE a apporté un appui scolaire à 39 OEV.

Dans la même lancée, REGAP+ a apporté un appui pour la couture et la coiffure à 60 jeunes de Macenta (20) et de Nzérékoré (40). Il faut noter, REGAP+ avec l'appui

financier de l'ONUSIDA a réalisé la fabrication beure de karité à Coyah et la fabrication du savon du projet Espoir de Vie.

3.4 LUTTE CONTRE LES PRATIQUES DE STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION SOUS TOUTES SES FORMES

Selon une récente étude menée auprès de PVVIH entre 2007 et 2009, le phénomène de stigmatisation et de discrimination des PVVIH se manifeste au niveau individuel, en milieu familial, associatif et socioprofessionnel. Elle révèle également que la majorité de PVVIH déclare ignorer leurs droits³.

En collaboration avec les Ministères de la Justice, de la Communication, le SE/CNLS, dans ses efforts de lutte contre la stigmatisation et la discrimination a organisé l'atelier de lancement de la diffusion de l'Ordonnance 056 sur la Prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en République de Guinée.

Cette diffusion a été faite à travers 7 radios rurales de la Basse et Moyenne Guinée avec l'appui de l'ONUSIDA, Faisons Ensemble et du PNUD.

AXE STRATEGIQUE IV

Gouvernance, partenariat, coordination et mobilisation des ressources

Cet axe vise le renforcement du cadre institutionnel du CNLS et des structures impliquées dans la riposte, le renforcement du plaidoyer pour une meilleure implication des partenaires techniques et financiers et le renforcement de la coordination multisectorielle et de la mobilisation des ressources.

TABLEAU XV : Tendances des principaux indicateurs et cibles de la Gouvernance, partenariat, coordination et mobilisation des ressources.

³ Etude sur la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH en Guinée : Considération éthiques et juridiques 2009.

Évolution des dépenses totales de lutte contre le sida de 2009 à 2010 en rapport avec les prévisions du Cadre stratégique national 2008-2012 (24,66% en 2009 et 24,46% en 2010).

Le cadre institutionnel de la riposte au sida en Guinée est composé du secteur public (le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS), le Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/sida (PNPCSP) et le Laboratoire National de Référence du Ministère de la santé et de l'hygiène publique, des partenaires bilatéraux (GTZ et USAID) et multilatéraux (ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF, PAM, OMS, OIM...), des ONG internationales (Solthis, Centre Dream/Saint'Egidio, MSF Belgique et PSI), une société civile locale composée de 5 réseaux d'ONG nationales dont deux des PVVIH avec 300 associations et ONG, la Chambre des Mines de Guinée et 4 plateformes des secteurs clés de l'économie privé.

Le CNLS et le CCM sont des instances nationales de coordination et de mobilisation de financement de la riposte.

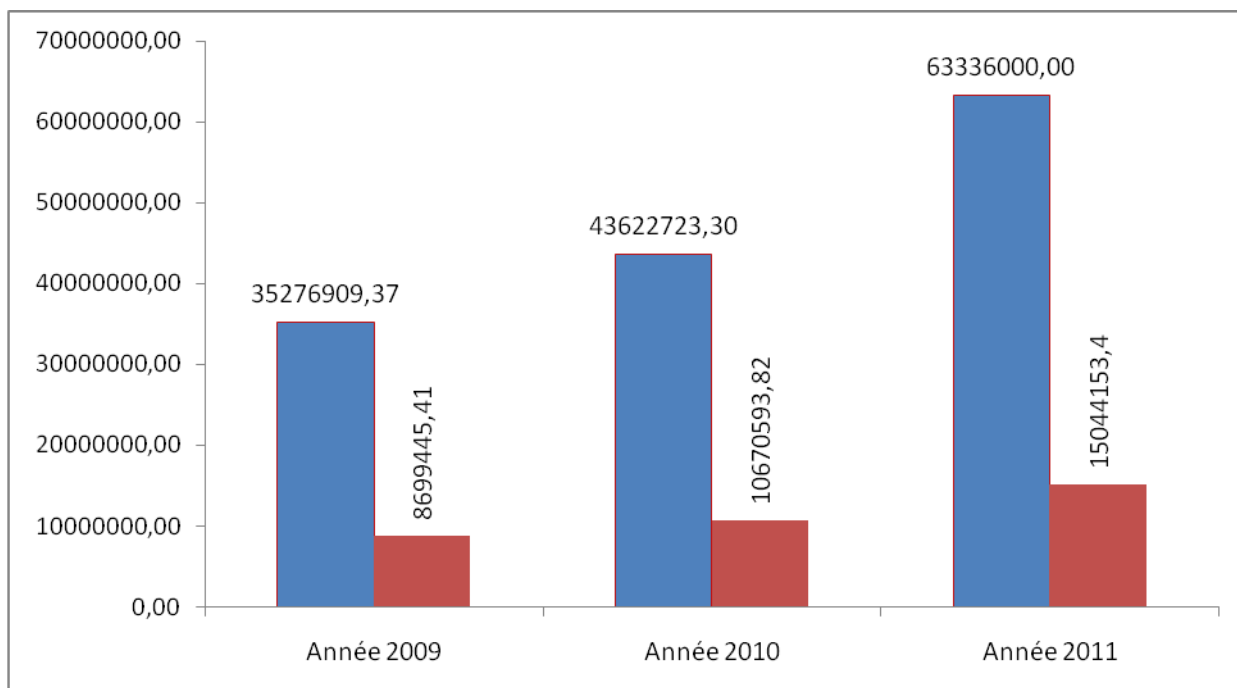
4.1 ENGAGEMENT DU GOUVERNEMENT

Tout au long de l'année, le Gouvernement guinéen a montré son engagement à travers les actions suivantes :

- ✓ Plaidoyer du Premier Ministre auprès des partenaires (MSF/B, DREAM et GIZ) qui désiraient se retirer de la prise en charge des PVVIH. Ce plaidoyer a abouti à l'obtention d'un engagement pour le maintien de leur appui au Gouvernement guinéen,
- ✓ Visite des sites de prise en charge de DREAM à Camayenne commune de Dixinn et de MSF/Belgique au centre médical communal de Matam Commune de Matam,
- ✓ Inauguration du site de prise en charge de Dream au Km 5 dans la préfecture de Dubreka par la Première Dame de la République, Madame CONDE Djenè KABA ;
- ✓ Don de denrées alimentaires par le Premier Ministre pour l'appui au centre PTME de DREAM au Km5 de Dubreka;
- ✓ Octroi d'une subvention au titre du Budget National de Développement (BND) pour le fonctionnement du Secrétariat Exécutif du CNLS ;
- ✓ Ouverture et alimentation d'une ligne budgétaire du BND en faveur de l'achat des ARV et des réactifs suite à un plaidoyer auprès du Gouvernement, du CNT et secteur privé ;
- ✓ Rénovation d'un local devant abriter l'Unité de gestion du Projet Round 10 du Fonds Mondial Sida, Tuberculose et Paludisme ;

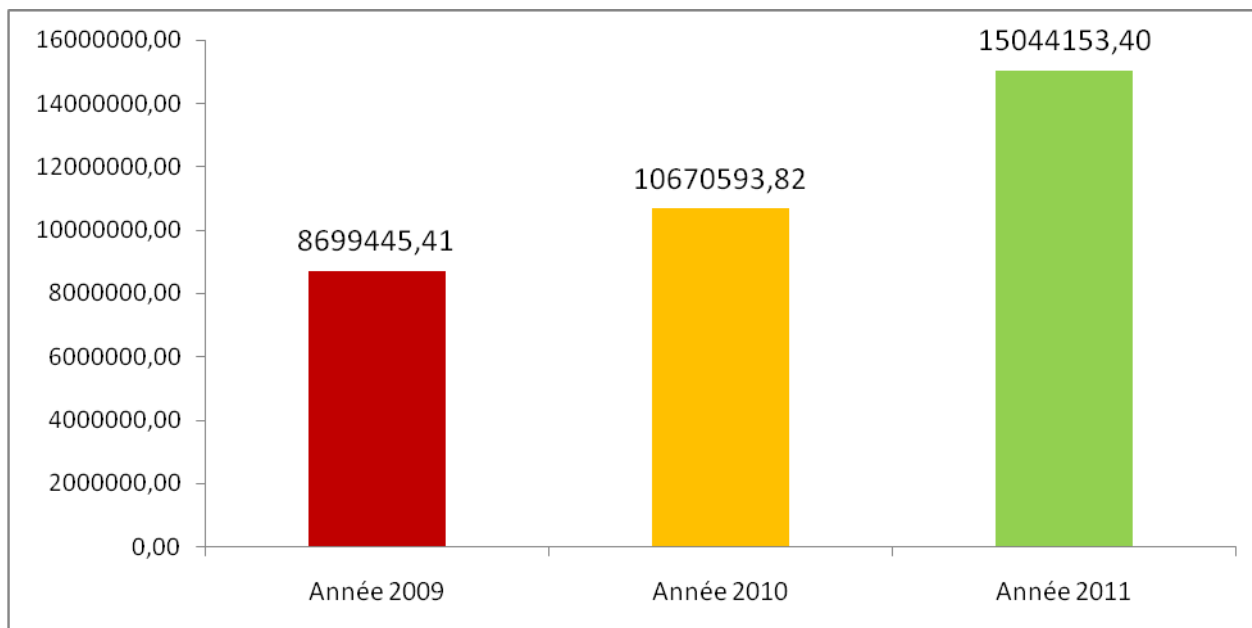
4.2 Financement de la riposte

Sur la base des estimations de dépenses prévues dans le cadre stratégique national 2008-2012, il faut noter que les fonds exécutés sont nettement inférieurs à ceux prévus. Le graphique ci-dessous montre cette tendance de 2009 à 2011.



GRAPHIQUE IX: Évolution des dépenses totales de lutte contre le sida de 2009 à 2011 en rapport avec les prévisions du Cadre stratégique national 2008-2012

Au cours des trois dernières années (2009, 2010 et 2011), le total des fonds dépensés dans la riposte s'élève à un total de 34 414 192,63 USD. On note une évolution des dépenses de la riposte passant de plus 8699445 en 2009 à près de 10670594 en 2010 pour atteindre plus 15044153 soit une augmentation de 23% entre 2009 et 2010 et environ 41% entre 2010 et 2011.

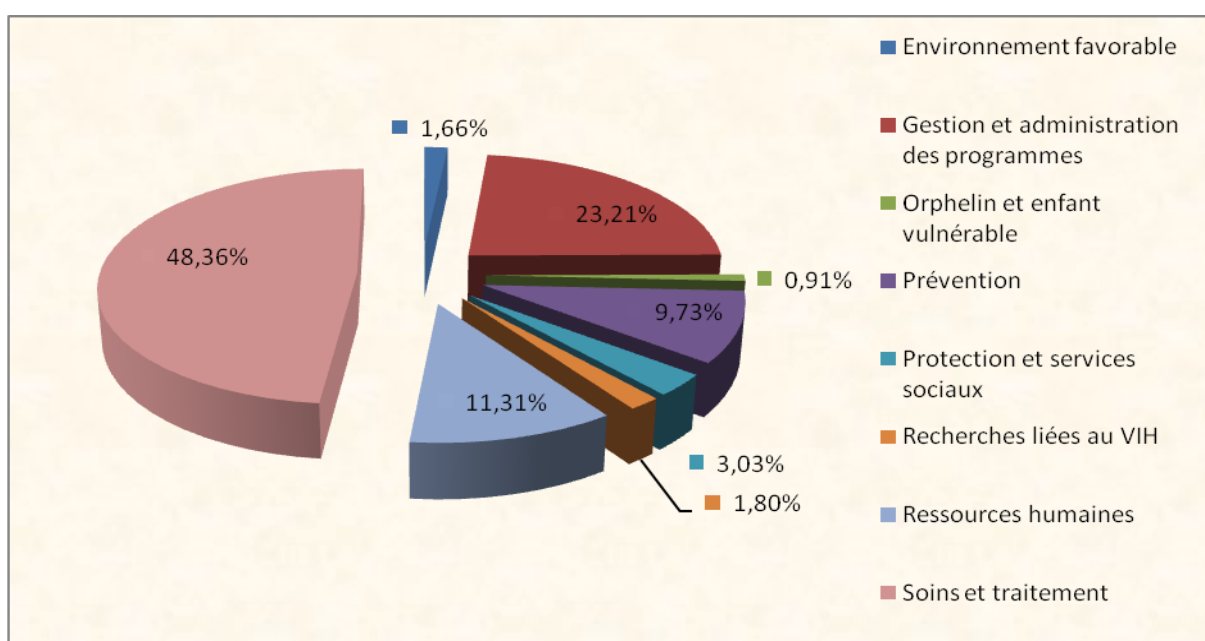


GRAPHIQUE X: Évolution des dépenses totales de lutte contre le sida de 2009 à 2011

Les ressources les plus importantes proviennent de la source internationale et les catégories les mieux financées sont par ordre d'importance, les soins et traitement la gestion des programmes, Ressources humaines et la prévention en 2011. Ces quatre catégories totalisent 92,61% en 2011.

Financement par catégories de dépenses liées au VIH

De 2009 à 2011 le montant total des dépenses dans le cadre de la riposte au sida est estimé à 34 414 192,63 USD.

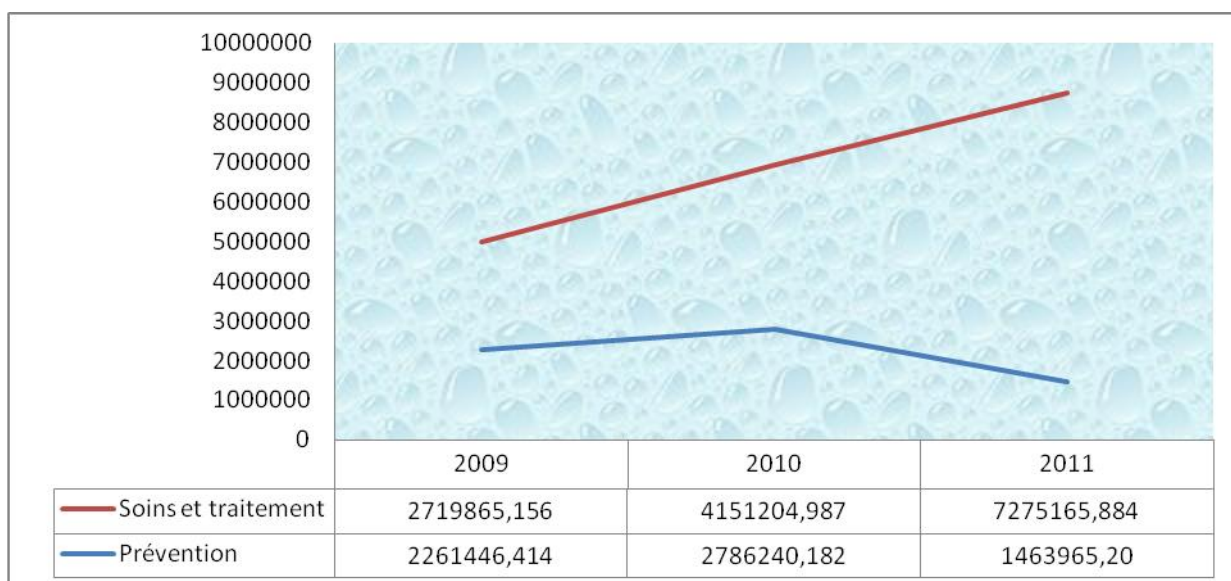


Dépenses total 2011 : 15 044 153,40 USD

GRAPHIQUE XI: Répartition des dépenses par catégories d'intervention en 2011

En 2011, les soins et traitement ont constitué la première dépense soit 48,36% suivi par les dépenses de gestion et administration des programmes 23,21%, les ressources humaines 11,31%, puis la prévention 9,73%.

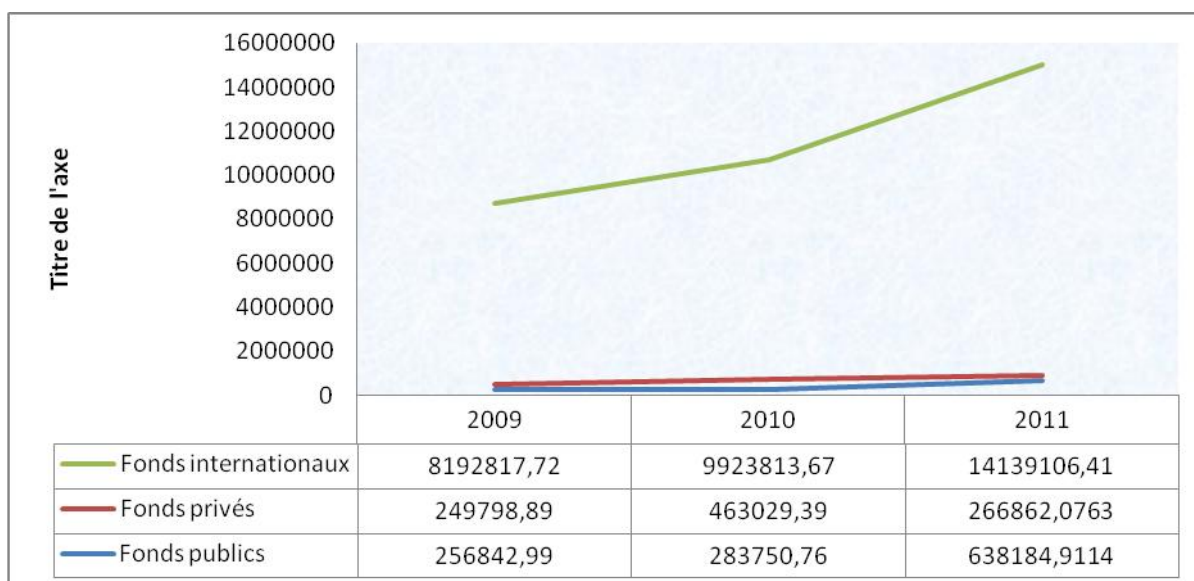
Comparativement aux années 2009 et 2010, on note une diminution des fonds alloués à la prévention comme indiquée dans le graphique ci-dessous. Quant aux soins et traitement, on note une augmentation des dépenses effectuées. La proportion de dépenses totales pour les soins et traitement est passée de 31,26% en 2009 à 38,90% en 2010 pour atteindre 48,36% en 2011. Par contre la proportion des dépenses liée à la recherche reste la plus faible (1,80%) contre 0,31% en 2009 et 0,53% en 2010. Malgré cette évolution, cette rubrique de dépense reste faible et mérite d'être revue à la hausse.



GRAPHIQUE XII: Évolution de dépenses de la prévention et des soins/soutien (en USD)

Dépenses nationales liées au sida par sources de financement

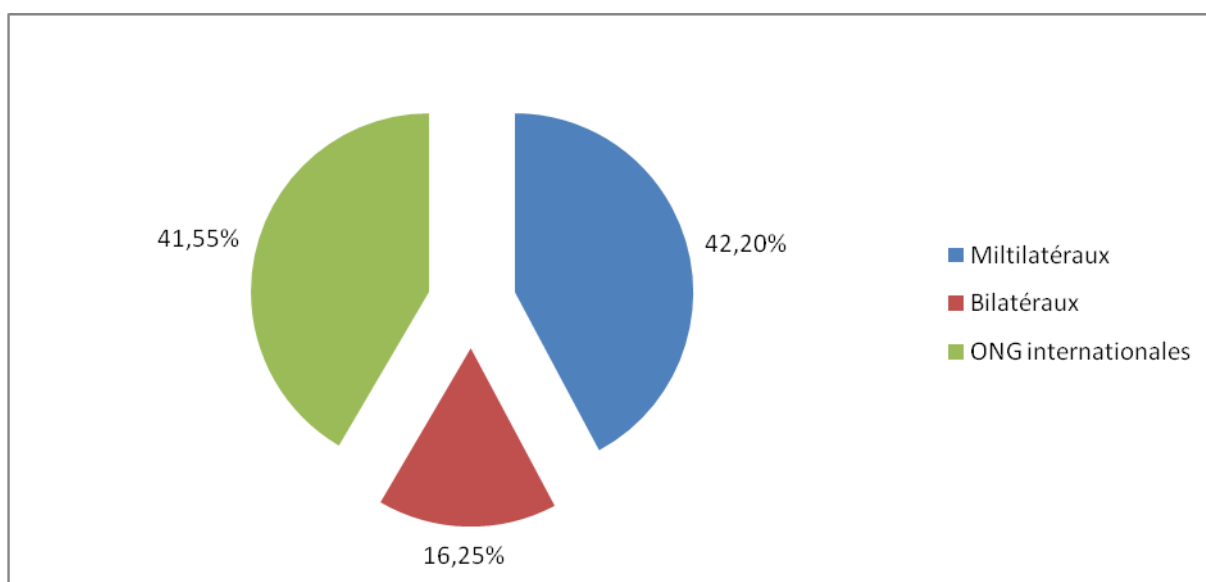
Les bailleurs de fonds de la riposte au sida sont classés en 3 catégories : les internationaux, les privés et le public.



GRAPHIQUE XIII: Évolution des dépenses par sources de financement

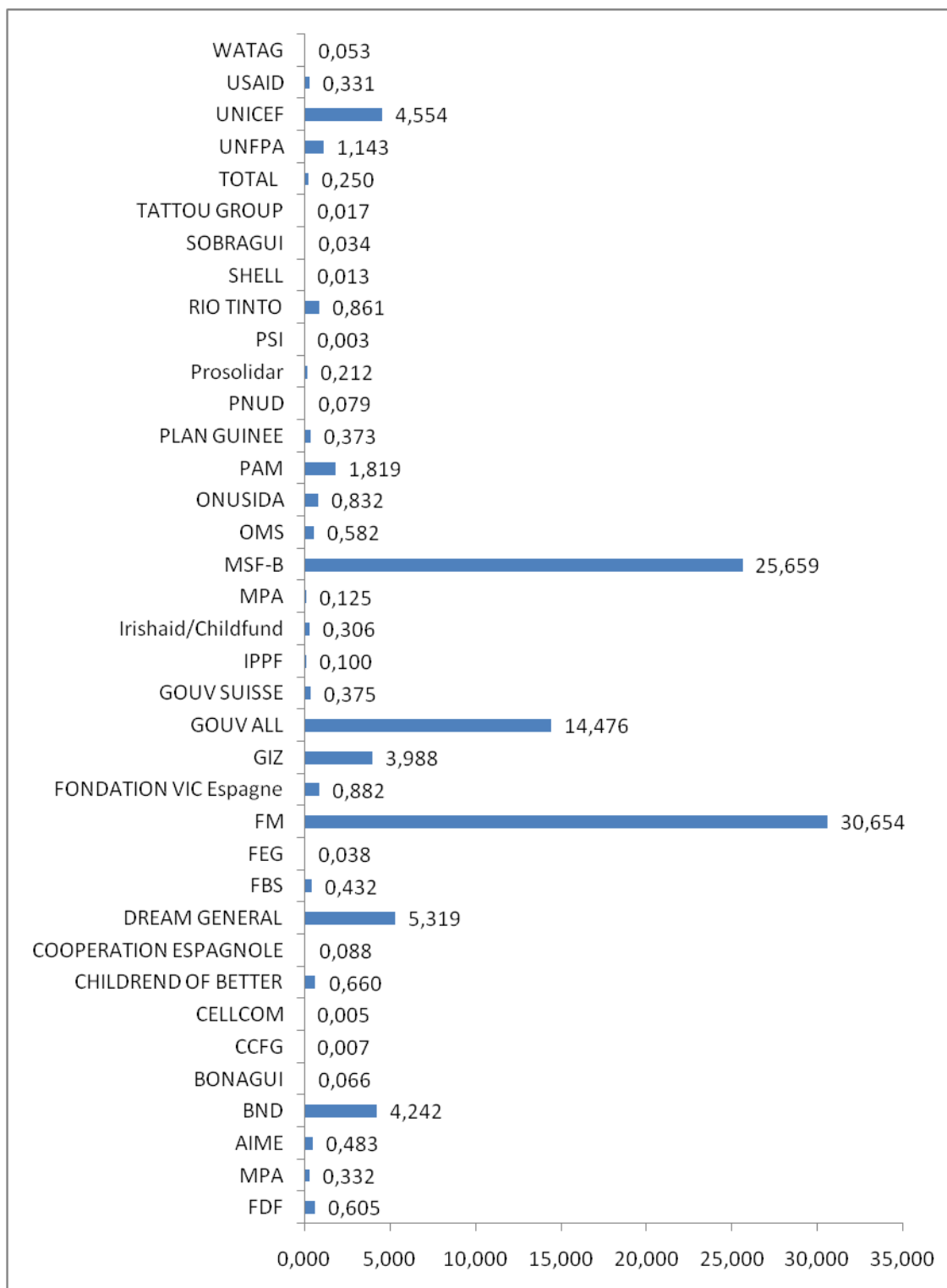
L'essentiel des financements de la riposte provient de la catégorie internationale 94,18% en 2009, 93% en 2010 et 93,98% en 2011. Cependant, il faut souligner que le gouvernement guinéen, dont la participation est restée très faible durant les années précédentes, a consenti des efforts pour l'année 2011. Sa participation est passée de 2,66% en 2010 à 4,24% en 2011.

Au niveau du financement international, l'aide multilatérale représente à elle seule 42,20% suivie de celle des ONG internationales avec 41,55% et de bilatéraux 16,25% en 2011. Cette évolution de l'aide internationale est restée constante entre 2009 et 2011.



GRAPHIQUE XIV: Répartition des fonds internationaux par type de bailleurs en 2011

Les fonds alloués à la riposte en Guinée proviennent de plusieurs acteurs et partenaires au développement.



GRAPHIQUE XV: participation financière en % des acteurs/partenaires à la riposte au sida en Guinée en 2011.

4.3 Engagement politique

Dans le cadre de l'accomplissement de sa mission de coordination, le Secrétariat Exécutif du CNLS a mis en place le bureau régional du SE/CNLS pour la ville de Conakry au mois d'octobre 2011. En outre il a réalisé les activités suivantes :

- Retraite annuelle du CNLS du 26 au 28 janvier 2011 à Kindia.
Cette retraite qui a regroupé les représentants de l'ONUSIDA, du PNUD, de FMG, du REGAP+, de DREAM, du MSHP et les cadres du SE/CNLS avait pour but de renforcer le leadership du SE/CNLS en matière de planification, coordination, communication stratégique, suivi /Evaluation et de mobilisation des ressources pour la riposte nationale à l'épidémie de VIH.
- Tenue de la 4ème session de l'Assemblée Générale du CNLS.
L'objectif de cette Assemblée était de renforcer le leadership du CNLS dans la coordination, l'alignement sur le CSN et la mobilisation des ressources en faveur de la riposte nationale à l'épidémie du sida.
L'Assemblée a regroupé les membres du gouvernement, la société civile ainsi que les partenaires techniques et financiers. Les thèmes suivants ont été présentés et débattus: i) la situation de la mise en œuvre des recommandations de la troisième session ; ii) la situation de la riposte au VIH/Sida en Guinée ; iii) le rapport bilan de la riposte 2010 ; iv) le Plan d'Action Opérationnel 2011 de la riposte ; v) le rapport d'évaluation des Three One's (Trois principes directeurs de la riposte).
- Tenue des réunions techniques statutaires avec les partenaires techniques et financiers pour un suivi renforcé de la coordination de la riposte au VIH/sida
- Célébration à Dubreka de la Journée Mondiale du sida, le 1er décembre 2011 avec comme organisateurs leaders le Ministère de la communication, l'UNICEF et la compagnie d'hydrocarbure TOTAL.
- La mise à jour et validation du guide « Islam et VIH »
Une riposte efficace au VIH/Sida nécessite l'implication des acteurs à tous les niveaux, y compris les leaders religieux. Ce guide constitue un élément d'orientation des leaders religieux pour une communication pour changement de comportement.

4.4 PARTENARIAT DANS LA RIPOSTE AU SIDA

Dans la perspective du renforcement du partenariat dans la riposte au sida, le SE/CNLS avec l'appui de ses partenaires a réalisé au cours de l'année 2011 les activités ci-après :

- Renforcement du système de suivi et évaluation du VIH l'opérationnalisation de la commission multisectorielle de suivi et évaluation VIH, l'harmonisation des outils, indicateurs, manuel d'utilisation des outils de gestion des données ont été possibles grâce au partenariat entre le SE/CNLS, MSHP, SOLTHIS et ONUSIDA.
- Renforcement du programme PTME : révision des normes et procédures, document de référence, manuels de formation, appui financier et techniques dans les fournitures des intrants et renforcement de capacité des prestataires à travers le partenariat MSHP, Fonds Mondial, UNICEF, DREAM, MSFB, ONUSIDA, SOLTHIS, Banque Mondiale, OMS, PNUD etc.
- Appui à la prévention, prise en charge, soins et soutien de Fonds Mondial, MSFB, GIZ, PAM, UNFPA, ONUSIDA, UNFPA, Faisons ensemble, PSI, FMG, ASFEGMASSI, DREAM
- Adhésion des partenaires à la réalisation des objectifs du Forum National des Partenaires de la riposte au VIH en Guinée (FNP)
- Participation à la planification intégrée du système de nations unies UNDAF

4 .5 Mobilisation des ressources

Durant l'année 2011

- Accord de Subvention du Fonds Mondial à la Guinée à la série 10 du VIH/sida, RSS et la 2ème phase de la série 6 VIH/sida et série 9 de la tuberculose
- L'élaboration du Projet d'appui à la décentralisation de la riposte au VIH en Guinée » d'un montant de 6 503 000 US dollars pour compléter financement du Round 10 du Fonds Mondial, soumis au compte du 12ème Fonds Africain de Développement (FAD) de la Banque Africaine de Développement(BAD).
- Initiative de Financements innovants
Le SE/CNLS en collaboration avec le Ministère de la coopération internationale a déclenché le processus de financement de la riposte à travers les taxes sur les billets d'avion au départ de Conakry "UNITAID".
Par ailleurs, le SE/CNLS, en rapport avec les ministères, les services publics et privés concernés, a également initié le prélèvement des taxes sur certains produits à l'importation comme les boissons alcoolisées et non alcoolisées, le tabac et la loterie.

Il s'assure du renforcement (i) du système national de suivi et d'évaluation des interventions de la riposte aux IST/VIH ; (ii) du mécanisme de collecte et de gestion des données de routine ; (iii) de la communication stratégique en matière de riposte aux IST /VIH y compris la documentation et diffusion des meilleures pratiques et (iv) de la Promotion de la recherche en matière de riposte aux IST et VIH.

Le cadre institutionnel à partir duquel se fait la mise en du plan de Suivi-Evaluation national est composé de deux principaux organes :

- Les organes de coordination : l'unité de suivi-évaluation et recherche, les unités de suivi et d'évaluation des différents secteurs et des organisations de la société civile, la commission technique multisectorielle de Suivi et Evaluation, le groupe de référence en suivi et évaluation. Ces organes techniques, multidisciplinaires et multisectoriels dont les attributions, la composition et le fonctionnement sont clairement spécifiés, permettront de renforcer l'action de l'unité suivi évaluation et recherche du SE/CNLS, du PNPCSP/MSHP et celle de ses démembrements au niveau régional.
- Les organes d'exécution : les cellules régionales et les cellules préfectorales à travers les chargés de suivi et d'évaluation.

5.1 RENFORCEMENT DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET D'EVALUATION DES INTERVENTIONS DE LA RIPOSTE AUX IST/VIH

L'évaluation des 12 composantes de 2010 (rapport Accès universel 2010) et l'auto-évaluation de 2011, ont montré des progrès non négligeables, cependant les principaux défis dans ce domaine demeurent l'opérationnalisation des structures décentralisées : la disponibilité des ressources qualifiées, la base de données (CRIS 3) décentralisée et la réalisation des enquêtes et études surveillance au niveau national entre autres.

Au cours des années 2010 et 2011, le SE/CNLS, le PNPCSP et les autres partenaires de la riposte, ont entrepris avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA et SOLTHIS, l'harmonisation des indicateurs et outils de collecte. Ces outils sont en voie d'implémentation dans les sites de prise en charge au niveau national.

Pour renforcer l'unicité du système national de Suivi-Evaluation du VIH, une commission multisectorielle de suivi-évaluation se réunit chaque trimestre.

Les différents documents de Suivi-Evaluation et de recherche sont validés par cette commission.

Au cours de l'année 2011, le SE/CNLS, le PNPCSP et les autres partenaires de la riposte, ont entrepris avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA et SOLTHIS,

l'harmonisation des indicateurs et outils de collecte. Ces outils sont en voie d'implémentation dans les sites de prise en charge au niveau national.

Pour renforcer l'unicité du système national de Suivi-Evaluation du VIH, une commission multisectorielle de suivi-évaluation se réunit chaque trimestre. Les différents documents de Suivi-Evaluation et de recherche sont validés par cette commission.

5.2 RENFORCEMENT MECANISME DE COLLECTE ET DE GESTION DES DONNEES DE ROUTINE

Les missions de supervision sont effectuées chaque trimestre par le programme national de prise en charge sanitaire et de prévention des IST/VIH dans les différents sites de prestation (CDV, PTME et PEC). Ces missions sont à la fois formatives et évaluatives.

Pour évaluer l'impact des différentes interventions, le SE/CNLS avec l'appui technique et financier de l'ONOSIDA, a produit certains rapports standards :

1. Finalisation et diffusion du rapport « le Point sur l'épidémie du Sida 2010 »
2. Finalisation et diffusion du rapport « l'Accès Universel de la riposte nationale 2010 »

Les rapports 2010, le point de l'épidémie du sida et l'Accès Universel mettent en lumière les principaux enjeux auxquels la riposte nationale est confrontée - aujourd'hui et dans les années à venir.

Le rapport de l'Accès Universel fait l'analyse de la situation à travers les objectifs nationaux fixés pour 2010 suivant les principaux indicateurs relatifs aux cinq (5) axes stratégiques du « Cadre Stratégique National 2008-2012 » de la riposte au VIH. Fondé sur des contributions émanant de plusieurs secteurs, le rapport point sur l'épidémie, donne une idée de la manière dont la riposte a été menée, ses succès, ses échecs et les obstacles à surmonter pour atteindre les objectifs vers l'Accès Universel.

5.3 RENFORCEMENT DE LA COMMUNICATION STRATEGIQUE EN MATIERE DE RIPOSTE AUX IST /VIH Y COMPRIS LA DOCUMENTATION ET DIFFUSION DES MEILLEURES PRATIQUES

Pour améliorer la coordination et le partage d'informations, le SE/CNLS a créé le site web « www.cnls-guineeconakry.org ».

Le SE/CNLS a noué des relations de partenariat avec le bulletin Sekutureya Infos et l'Univers magazine (Estudiantin) pour diffuser des informations relatives à la lutte contre le VIH.

Pour faciliter et harmoniser la gestion des données relatives au VIH, le SE/CNLS avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA, a initié l'installation du logiciel CRIS 3 (système d'information pays pour la riposte au sida) en Guinée.

Le « CRIS 3 » est un logiciel qui permet la configuration de Base de Données en Suivi-Evaluation. Il permet une gestion efficace et efficiente des informations relatives au VIH/SIDA. Seize (16) acteurs producteurs et gestionnaires des informations (SE/CNLS, PNPCSP, REGAP+, SOLTHIS, ONUSIDA) avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA par la mise à disposition d'un Consultant International, ont bénéficiés de la première formation sur ce logiciel.

Le paramétrage du logiciel CRIS 3 a été effectué au niveau du SE/CNLS, PNPCSP et la Coordination SE/CNLS régionale de Conakry.

5.4 RENFORCEMENT DE LA PROMOTION DE LA RECHERCHE EN MATIERE DE RIPOSTE AUX IST ET VIH

Au cours de l'année 2011, un certain nombre de recherches et d'études ont été réalisées par les acteurs et partenaires de la riposte au sida en Guinée. Parmi ces études et enquête, nous pouvons citer :

1. Estimation de la taille de Professionnelles de sexes (PS),
2. Estimation de la taille des Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH)
3. Analyse situation de la coinfection Tuberculose et VIH.

Ces trois études ont été commanditées par le SE/CNLS avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA. Elles ont été réalisées respectivement par AGBEF, GUIAD et BACOFI. La validation des rapports finaux est programmée courant janvier 2012.

4. Enquête Socio comportementale et Biologique (ESCOMB 2011),

Il s'agit du démarrage de l'enquête. Le SE/CNLS, suite à un appel d'offres, a attribué la réalisation de cette enquête à un consortium d'ONG (SIDALERTE) de la place.

5. Réalisation de l'étude sur l'estimation des Ressources et de Dépenses nationales de la lutte contre le sida et les IST en Guinée (REDES) 2009 - 2010

Le REDES est un outil qui permet d'avoir des informations fiables, complètes sur les ressources financières allouées à la lutte contre le sida, notamment pour les pays les plus vulnérables où les ressources sont rares et imprévisibles. Il répond enfin aux préoccupations liées à la disponibilité des fonds extérieurs pour financer

les programmes, ainsi qu'à la prise de décisions en déterminant l'allocation actuelle des ressources. Cette enquête est à sa première réalisation en Guinée.

6.1 Renforcement mécanisme de collecte et de gestion des données de routine

En 2011, des indicateurs et outils de collecte harmonisés ont été implémentés dans certains sites de prise en charge. Des missions de supervision intégrées ont été initiées dans le cadre de l'unicité du système et sont effectuées pour évaluer l'impact des différentes interventions. Des données de routine sont produits par les programmes et contribuent chaque année à la production des rapports de progrès (Accès universel, Point sur l'épidémie, UNGASS).

6.2 Renforcement de la communication stratégique en matière de riposte aux IST /VIH y compris la documentation et diffusion des meilleures pratiques

Pour améliorer la coordination et le partage d'informations, le SE/CNLS a créé le site web « www.cnls-guineeconakry.org ».

Le SE/CNLS a noué des relations de partenariat avec le bulletin Sekutureya Infos et l'Univers magazine (Estudiantin) pour diffuser des informations relatives à la lutte contre le VIH.

Pour faciliter et harmoniser la gestion des données relatives au VIH, le SE/CNLS avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA, a initié l'installation d'un logiciel unique « CRIS 3 » (système d'information pays pour la riposte au sida) en Guinée.

Le paramétrage du logiciel CRIS 3 a été effectué au niveau du SE/CNLS, PNPCSP et la Coordination SE/CNLS régionale de Conakry.

6.3 Renforcement de la promotion de la recherche en matière de riposte aux IST et VIH

Au cours de la période 2010-2011, un certain nombre d'enquêtes et d'études régionales ont été réalisées par des partenaires de la riposte au sida en Guinée. Parmi ces études et enquête, nous pouvons citer :

6. Estimation de la taille de Professionnelles de sexes (PS), SE/CNLS/ONUSIA (2011) ;
7. Estimation de la taille des Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH) SE/CNLS/ONUSIA (2011);
8. Analyse situation de la coinfection Tuberculose et VIH, SE/CNLS/ONUSIDA (2011);
9. Etude sur l'estimation des Ressources et de Dépenses nationales de la lutte contre le sida et les IST en Guinée (REDES) 2009- 2010 (SE/CNLS/ONUSIDA 2011);

3.1. PRINCIPAUX OBSTACLES

Les principaux obstacles à la riposte au sida en Guinée sont d'ordre : politique, financier, socioculturel et sanitaire.

Obstacles politiques

- Instabilité sociopolitique en 2010
- Insuffisance dans le suivi de la mise en application des déclarations et des engagements.
- Faible coordination des interventions de la riposte
- Faible alignement des partenaires au cadre stratégique national

Obstacles d'ordre financier

- Faible participation de l'Etat au financement de la riposte
- Faible implication du secteur privé dans le financement de la riposte
- Forte dépendance vis-à-vis des fonds des partenaires extérieurs
- Baisse de financement de la part de certains bailleurs liée à la crise économique mondiale

Obstacles socioculturels

- Persistance de certaines pratiques culturelles vis-à-vis de sida (stigmatisation, discrimination, sororat et lévirat, excision clandestine etc.)
- Persistance et accroissement de la pauvreté surtout chez les femmes
- Obstacles d'ordre sanitaire
- Faible couverture nationale des services de prévention, de traitement, soins et soutien aux PVVI
- Faible promotion de la santé pour l'utilisation des services disponibles
- Mauvaise répartition et démotivation des ressources humaines
- Faible performance du système d'information sanitaire ;

3.2 PRINCIPALES MESURES CORRECTIVES

- Processus de la finalisation de la transition en cours
- Plaidoyer pour la mobilisation de ressources auprès du gouvernement et des partenaires financiers
- Le renforcement du système national de suivi, recherche et évaluation
- La mise en œuvre du plan d'extension des offres de services
- le renforcement des capacités programmatique, financière, managériale, humaine et de gestion des approvisionnements et des stocks
- l'Intégration de la riposte au sida à une stratégie plus large de réduction de la pauvreté.

- le renforcement de la capacité institutionnelle et opérationnelle des ONG nationales, des réseaux et associations de PVVIH, des jeunes, de femmes et des jeunes filles.
- la mise en place d'un observatoire des droits des PVVIH et personnes affectées.

3.3 PERSPECTIVES

Toutes actions pour pallier à ces défis nécessitent un leadership engagé, des consultations extensives avec toutes les parties concernées, ainsi que des débats et des discussions autour des politiques, des stratégies et des lignes de conduite à suivre.

- Organiser la revue participative du cadre stratégique 2008 - 2012 et l'élaboration de celui 2013-2017;
- Organiser la table ronde pour la mobilisation de ressources du CSN 2013-2017;
- Rendre plus dynamiques, fonctionnels et visibles le SE/CNLS et ses démembrements ;
- Consolider les « Trois principes » par le renforcement des instances du CNLS au niveau central, intermédiaire et périphérique.
- Renforcer le système de suivi et évaluation par l'intégration des indicateurs harmonisés au système national d'information sanitaire de collecte.
- Assurer le passage à l'échelle par une large décentralisation des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien à tous les niveaux (central, intermédiaire, périphérique et communautaire). Cette décentralisation prendra en compte le genre (les cibles par sexe et par âge) ;
- Renforcer les relations avec les partenaires bis et multilatéraux, les ONGs nationales et Internationales, et tous les intervenants pour inverser la tendance évolutive de l'épidémie VIH dans notre pays.
- Conduire l'Audit institutionnel du SE/CNLS ;
- Rendre fonctionnel le Forum des partenaires pour la riposte nationale au sida ;
- Valider les études et enquêtes réalisées en 2011 ;
- Poursuivre la décentralisation du SE/CNLS dans les sept (7) autres régions administratives du pays ;
- Redynamiser les démembrements du SE/CNLS, des CMLS, des CRLS, les réseaux d'ONG par la mise à disposition d'équipement et des ressources financières
- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de mobilisation des ressources en faveur de la riposte nationale au VIH/sida ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités,
- Elaborer et mettre en œuvre un plan d'assistance technique,

Il est donc nécessaire que nous nous mettions ensemble pour conjuguer nos efforts et définir des stratégies appropriées afin d'infléchir la tendance évolutive de la pandémie.