



La présente enquête nationale de surveillance Sentinelle (ENSS/2018) auprès de femmes enceintes avait pour but fondamental de déterminer les prévalences instantanées du VIH et de la Syphilis dans les différentes circonscriptions (CS, préfectures, régions administratives et pays) pour permettre d'appréhender d'avantage le problème épidémique mais aussi de dégager des tendances évolutives selon les cas

## **Enquête Nationale de Surveillance Sentinelle du VIH au près des Femmes Enceintes dans les Sites sentinelles (ENSS-2018- Guinée)**

Avril 2018



Investissons dans notre avenir

**Le Fonds mondial**

De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

---

## Table des matières

<b>I. Contexte/Justification :</b> .....	<b>11</b>
<b>II. Objectifs :</b> .....	<b>12</b>
II.1. Objectif General :	12
II.2. Objectifs Spécifiques :	12
<b>III. Méthodologie :</b> .....	<b>13</b>
III.1. Type d'étude :	13
III.2. Population Cible :	13
III.3. Les critères d'inclusion étaient :	14
III.4. Taille de l'échantillon :	14
III.5. Sélection Des Sites Sentinelles :	16
III.6. Informations à collecter :	17
III.7. Validité des données :	19
III.8. Analyse des données :	20
III.9. Les données de laboratoire :	20
III.9.1. Collecte des spécimens.....	20
III.9.2. Technique de laboratoire :	22
III.10. Durée de l'enquête de Surveillance VIH et de la Syphilis :	23
III.11. Diffusion des résultats :	23
III.12. Ethique :	23
<b>IV. LES RESULTATS DE L'ENQUETE :</b> .....	<b>25</b>
IV.1. Les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes :	27
IV.2. Prévalence de l'infection à VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles :	30
IV.3. Prévalence du VIH et de la Syphilis par région :	33
IV.4. Distribution des prévalences du VIH et de la Syphilis selon les caractéristiques socio démographiques des femmes enceintes .....	34
IV.5. Prévalence du VIH selon le type de CS (urbain et rural) :	37
IV.6. Tendance évolutive des phénomènes sous surveillance sentinelle (VIH et Syphilis) :	39

IV.6.1.	Au niveau Pays :.....	40
IV.6.2.	Au niveau des Régions :.....	41
IV.6.2.2.	Tendance évolutive de la Syphilis dans les régions .....	43
V.	Conclusions :.....	46
VI.	Recommandons.....	47
<b>ANNEXES.....</b>		<b>48</b>
	ANNEXE I. Echantillonnage ENSS 2018 par site et par région .....	49
	ANNEXE II : ESIMATION DE TEMPS DE L'ENQUETE PAR CS : .....	50
	ANNEXE III : Liste des Enquêteurs : .....	52
	<b>ANNEXE IV</b> : ENQUETE NATIONALE DE SURVEILLANCE SENTINELLE DU VIH ET SYPHILIS 2018 .....	57
	<b>ANNEXE IV</b> : GUIDE DE REMPLISSAGE DE LA FICHE DE RESULTAT DEPISTAGE SYPHILIS .....	58
	<b>ANNEXE V</b> : FICHE DE SURVEILLANCE DE L'EPIDEMIE 2018 .....	59
	<b>ANNEXE : V</b> Guide de l'enquêteur : fiche de surveillance de l'épidémie .....	61

---

## **LISTE DES ABREVIATIONS ET ACCRONYMES**

---

ARV : Anti Rétro Viraux

CCS : Chef Centre de Santé

CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida

CPN : Consultation Périnatale

CS : Centre de Santé

DRS : Directeur Régional de la Santé

DSVCO : Direction de la Santé de la ville de Conakry

EDS : Enquête Démographique de la Santé

ENSS : Enquête Nationale de Surveillance Sentinelle

ESSIDAGUI : Enquête Nationale sur la Séroprévalence du VIH /SIDA en Guinée

IC: Intervalle de Confiance

INSP: Institut Nationale de la Santé Publique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MSHP : Ministère de la Santé et de L'Hygiène Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida

RPR : Rapide Plasma Reagin

**SIDA : Syndrome de L'immunodéficience Acquise**

**TPHA : Treponema Pallidum Haemagglutination Assay**

**VIH : Virus de L'immunodéficience Humaine**

## LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Estimation des tailles échantillonnages par région :
- Tableau 2 : Distribution des taux de participation des femmes enceintes enquêtées par CS :
- Tableau 3 : Présentation des caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées :
- Tableau 4 ; Distribution des cas de VIH chez les femmes enquêtées selon les CS:
- Tableau 5 ; Distribution des cas de Syphilis chez les femmes
- Tableau 6 : Distribution des prévalences instantanées du VIH par région :
- Tableau 7: Distribution des prévalences instantanées de la Syphilis par région :
- Tableau 8 : Distribution des cas de VIH chez les femmes enquêtées selon les âges :
- Tableau 9 : Distribution des cas de Syphilis chez les femmes enquêtées selon les âges :
- Tableau 10 : Situation des séropositivités au VIH et Syphilis dans les CS Urbains :
- Tableau 11 : Situation des séropositivités au VIH et Syphilis dans les CS Ruraux :
- Tableau 12 : Présentation des prévalences de VIH et de la Syphilis par région :

---

**LISTE GRAPHIQUES**

---

- Graphique 1 : Evolution de la prévalence du VIH selon le type zone de 2004 à 2018 :
- Graphique 2 : Evolution de la prévalence du VIH et de la Syphilis de 2004 à 2018 dans le pays :
- Graphique 3 : Evolution de la prévalence du VIH de 2004 à 2018 dans les régions de Kindia, Nzérékoré et Mamou :
- Graphique 4 : Evolution de la prévalence du VIH de 2004 à 2018 dans les régions de Labé et Conakry :
- Graphique 5 : Evolution de la prévalence du VIH de 2004 à 2018 dans les régions de Boké, Kankan et Faranah :
- Graphique 6 : Evolution de la prévalence de la Syphilis de 2004 à 2018 dans les régions de Kindia, Labé et Conakry :
- Graphique 7 : Evolution de la prévalence de la Syphilis de 2004 à 2018 dans les régions de Boké, Faranah et N'Nzérékoré :
- Graphique 8 : Evolution de la prévalence de la Syphilis de 2004 à 2018 dans les régions de Kankan et Mamou :

## **REMERCIEMENTS**

Le présent rapport rend compte des résultats de l'Enquête nationale de surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes (ENSS/2018). L'enquête s'est déroulée dans les 8 régions administratives du pays et dans la zone spéciale de Conakry.

Cette enquête a été réalisée grâce au financement BND et Fonds mondial .

La mise en œuvre de l'enquête a nécessité l'implication des responsables du niveau central du MSP, du CNLS et des structures techniques liées, à travers le Comité Technique National de Coordination (CTNC) des études et enquêtes.

Cette enquête n'aurait pas été possible sans l'engagement de braves acteurs de terrain au niveau préfectoral, régional et dans les différents sites sentinelles.

Les auteurs adressent leurs vifs remerciements au Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS au Ministère de Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP),) et aux partenaires (Fonds Mondial, OMS et ONUSIDA) pour leurs appuis technique et financier

Nous remercions tout particulièrement :

- Les Directeurs Régionaux de la Santé, les Directeurs Préfectoraux de la Santé,
- Les Autorités Administratives et Communautaires,
- Les Biologistes des Hôpitaux Régionaux
- Les agents de santé de différents sites de surveillance sentinelle,
- Les femmes enceintes qui ont accepté de participer à l'enquête



## RESUME EXECUTIF

La présente enquête nationale de surveillance Sentinelle (ENSS/2018) avait pour but fondamental de déterminer les prévalences instantanées du VIH et de la Syphilis dans les différentes circonscriptions (CS, préfectures, régions administratives et pays) pour permettre d'appréhender d'avantage le problème épidémique mais aussi de dégager des tendances évolutives selon les cas ;

Elle s'est déroulée du 22 Février au 2 Avril 2018 dont les durées varient selon le potentiel d'utilisation des CS par les femmes enceintes (21 jours, 30 jours et 40 jours).

L'enquête a touché 8568 femmes enceintes dans les 32 sites sentinelles à travers un counseling limité au dépistage de la syphilis (porte d'entrée dans l'enquête), le dépistage du VIH quant à lui était anonyme et confidentiel selon la procédure de l'enquête de surveillance sentinelle (enquête non corrélée). Le taux de participation a été de 8573 femmes enceintes sur 9391 attendues, soit 91% (8568/9391) avec un taux de refus au test de dépistage de syphilis de 0,05% (5 femmes enceintes).

Cependant, ce sont 8568 femmes enceintes qui ont accepté de participer effectivement à l'enquête à travers un prélèvement sanguin sous vide de 5 ml chez chacune des participantes. Ce qui nous donne un taux d'acceptabilité du test de dépistage de la syphilis de l'ordre de 99%.

Le dépistage de la syphilis a été effectué à l'aide du RPR et les tests positifs ont subi l'examen de confirmation au TPHA. La méthode anonyme et non corrélée a été respectée pour le dépistage du VIH au moyen de deux tests rapides à savoir le test DuoSyphilis/VIH en première intention et le Bioline pour la confirmation des tests positifs

au premier réactif. Ces mêmes tests rapides avaient été utilisés pour la première enquête de 2004 et sont d'une grande sensibilité et d'une grande spécificité.

Au préalable, les prestataires, les techniciens de laboratoires et les superviseurs avaient bénéficiés de formations selon leurs profils et les tâches attendues d'eux, à la technique de counseling, de prélèvement, à l'utilisation des outils de collecte et au système de suivi.

Des prévalences diverses furent obtenues selon les différents sites à travers le traitement des données à l'aide du logiciel Epi info.

Selon les résultats de l'ENSS/2018, la prévalence médiane nationale a été de 1.9 pour le VIH et de 0.7 pour la syphilis. Les prévalences médianes de VIH étaient respectivement de 2.8 en 2004, 2.5 en 2008 et de 2.5 en 2015 alors que celles de la Syphilis étaient respectivement de 1.3, 1.0 et 2.1 dans les années sus-citées.

D'une manière générale l'on note une certaine baisse des prévalences médianes (VIH et Syphilis) au niveau national.

Pendant cette ENSS/2018, les prévalences instantanées du VIH dans les sites ont été de 3.2 à Conakry, 1.6 à Mamou, 0.5 à Labé, 2.3 à Kankan, 1.4 à Nzérékoré, 3.8 à Boké, 1.0 à Kindia et 2.8 à Faranah alors que celles de la syphilis ont été de 0.6 à Conakry, 0.3 à Mamou, 0.6 à Labé, 2.8 à Kankan, 3.3 à Nzérékoré, 0.9 à Boké, 0.6 à Kindia et 5.3 à Faranah.

Tenant compte des caractéristiques sociodémographiques, il apparaît que :

La prévalence du VIH ne varie pas de façon significative selon l'âge bien qu'elle soit plus élevée chez les plus de 24 ans. Les femmes enceintes de 15 à 24 ans ont une prévalence de 1.8 (IC à 95% : à 95% : 1.5- 2.3) alors que dans la catégorie des plus de 24 ans la prévalence est de 2.6 (IC à 95% : 2.2- 3.2).

Autrefois, la prévalence était significativement plus faible chez les mariées que chez les femmes célibataires (ENSS/2008), selon les résultats de cette étude, le statut matrimonial de la femme n'a

aucune influence significative. En effet, la prévalence est de 2.3 (IC à 95% : 1.2-4.4) chez les femmes célibataires contre 2.2 (IC : 1.9-2.5) chez les femmes mariées. Plus explicitement pour les femmes mariées elle est de 2.2 (IC : 1.8-2.6) chez les femmes vivant dans des foyers de monogamie contre aussi 2.2 chez les femmes en situation de polygamie (IC : 1.7-2.8). Fait particulier est qu'aucune des 12 femmes veuves n'a été dépistée séropositive autant d'ailleurs que l'unique femme en situation de « séparée ».

Selon le niveau d'instruction, la prévalence est de 1.7 (IC à 95% : 1.4-2.2) chez les femmes n'ayant jamais été scolarisées alors qu'elle est de 2.8 (IC à 95% : 2.3-3.4) chez les femmes scolarisées tout niveau confondu (primaire, secondaire et universitaire). La différence est statistiquement significative. Plus spécifiquement sur un autre plan la prévalence est de 3.3 (IC à 95% : 2.5-4.3) pour les femmes ayant un niveau d'étude primaire, 2.2 (IC à 95% : 1.5-3.0) pour le niveau secondaire et 3.7 (IC à 95% : 1.7-6.8) pour les femmes ayant effectué des études universitaires. Toutefois de cette facette d'analyse, les différences ne sont statistiquement pas significatives.

La prévalence du VIH est de 2.3 (IC à 95% : 1.9-2.6) chez les femmes de confessions musulmanes alors qu'elle est de 1.7 (IC à 95% : 0.9-3.3) chez les femmes chrétiennes et 1.4 (IC à 95% : 0.5-3.5) chez les autres femmes. Cependant, les différences ne sont statistiquement pas significatives.

Les femmes dont l'âge au premier mariage est inférieur à 18 ans ont une prévalence du VIH de 2.7 (IC à 95% : 2.3-3.2) alors que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dont l'âge au premier mariage est supérieur ou égal à 18 ans est de 1.5 (IC à 95% : 1.2-2.0). La différence est statistiquement significative.

En se penchant sur les zones, cette enquête donne une prévalence de 2.3 (IC à 95% : 1.5-2.3) en zone urbaine contre 2.1 (IC à 95% : 1.3-2.0) en zone rurale pour le VIH ; la différence n'est statistiquement pas significative alors que la prévalence de la Syphilis est de 1.6 (IC à 95% : 1.2-2.1) en zone urbaine contre 2.5 (2.4-3.0) en zone rurale. La différence est statistiquement significative.

## I. Contexte/Justification :

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles constituent actuellement un problème majeur de santé Publique à travers le monde et en particulier en Guinée. Les premiers cas de SIDA ont été observés et déclarés en 1987 en Guinée et depuis 2005 l'enquête démographique et de la santé (EDS III) a assorti un taux de séroprévalence de 1.5 dans la population générale ; l'OMS et L'ONUSIDA<sup>1</sup> estiment qu'un tel taux est la caractéristique d'une « épidémie généralisée » de VIH.

Aujourd'hui l'enquête sentinelle s'avère l'une des stratégies de surveillance du VIH les plus souples, reconnues par l'OMS. En effet, ce type d'enquête permet de suivre à des courtes périodes les tendances évolutives de l'infection à VIH au sein d'une population sélectionnée (par exemple les femmes enceintes ou chez les groupes à hauts risques comme les travailleuses du sexe ou les routiers).

En effet, les enquêtes de séroprévalence menées dans le cadre de la surveillance sentinelle sont probablement la meilleure source de données<sup>2</sup> à cause de leur simplicité relative, elles sont menées plus couramment que les enquêtes basées sur la population.

Trois enquêtes de surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis ont été déjà conduites en Guinée ;

- La première enquête nationale de surveillance sentinelle a été conduite en Juin 2004 et avait donné une prévalence médiane de 4.2 chez les femmes enceintes,

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la santé , Directive pour la surveillance de deuxième génération du VIH UNAIDS Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ( ONUSIDA), WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5 ; UNAIDS/00.03F(ed ) Pages 24 –25.

<sup>2</sup> OMS : surveillance du VIH : Manuel de formation pour la région Africaine

- La seconde a été conduite en 2008 avec un taux de séroprévalence de 2,5 alors que ;
- La dernière a été réalisée en 2015 avec un taux de séroprévalence de 3,5.

Logiquement cette stratégie de surveillance du VIH doit être réalisée à des fréquences plus courtes (tous les ans) pour élucider une tendance évolutive plus rapprochées, plus explicite et régulière pour des orientations plus promptes des différents plans stratégiques.

Dans ses perspectives d'action, le Secrétariat Exécutif du CNLS et le MSP, avec l'appui des partenaires a réalisé l'enquête nationale de surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis dans sa version 2018 pour mieux cerner la tendance évolutive du VIH et afin d'améliorer les stratégies de riposte contre cette épidémie en Guinée.

## II. Objectifs :

### II.1. Objectif General :

L'objectif général était de fournir des informations qui permettront la planification d'une réponse appropriée en vue de la prévention et de la lutte contre le VIH/Sida en fin de compte.

### II.2. Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la prévalence de l'infection à VIH et de la Syphilis dans les sites de surveillance sentinelle ;
- Déterminer la prévalence médiane de l'infection à VIH et de la syphilis par région ;
- Déterminer la prévalence de l'infection à VIH et de la syphilis dans les sites sentinelles chez les moins de 25 ans et 25 ans et plus ;
- Déterminer la prévalence de l'infection à VIH et de la syphilis selon les caractéristiques socio démographiques des femmes enceintes ;

- Estimer les tendances évolutives des infections à VIH1 et VIH2 et de la syphilis ;
- Mesurer la concordance diagnostique du VIH entre le laboratoire national de référence et les laboratoires régionaux des sites de surveillance sentinelles ;
- Suivre les tendances de l'infection à VIH et de la syphilis chez les populations sentinelles au fil du temps et à travers les sites ;
- Fournir des informations pour faire des projections des cas futurs du VIH/Sida
- Fournir des informations pour la planification des programmes et la justification des ressources demandées, y compris le plaidoyer pour l'engagement politique ;
- Formuler des recommandations visant à améliorer les pratiques de prévention et de prise en charge du VIH et de la syphilis dans les sites de surveillance sentinelles ;
- Renforcer la coopération entre les différents services impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida.

### III. Méthodologie :

#### III.1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale dont le but était de déterminer la prévalence instantanée de l'infection à VIH et de la syphilis au sein des femmes enceintes des sites de surveillance sentinelle.

#### III.2. Population Cible :

Dans le contexte d'une épidémie généralisée comme c'est le cas de la GUINEE<sup>3</sup>, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent pour la

---

<sup>3</sup> Dans les épidémies généralisées, la prévalence du VIH est régulièrement supérieure à 1% chez les femmes enceintes

surveillance biologique du VIH, les femmes enceintes qui fréquentent la première fois les structures sanitaires pour la consultation prénatale (CPN) afin d'éviter les doubles ou triples prélèvements pour le test sérologique de la syphilis. Ce choix s'explique par le fait que ce groupe représente le mieux la population sexuellement active. Cette population bénéficie par ailleurs dans le cadre des soins de santé primaires de prestations de routine (visites prénatales, vaccination antitétanique, examen de sang de routine ....).

Le fait que les femmes enceintes lors des CPN, bénéficient déjà d'examens de sang de routine dans les centres de santé, permet de répondre au souci de respecter l'anonymat en utilisant la technique de dépistage anonyme non corrélée telle que préconisée par l'OMS et l'ONUSIDA. Dans ce cas, une partie du sérum prélevé pour le séro diagnostic de la syphilis est conservé au profit de la séro-surveillance du VIH.

### III.3. Les critères d'inclusion étaient :

- Etre femme enceinte
- Résider dans la commune qui abrite le site de surveillance sentinelle (par conséquent demander les services de la première CPN dans la structure de santé) ;
- Accepter d'être testée pour le dépistage de la syphilis

### III.4. Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon a été calculée en tenant compte des résultats de l'enquête de surveillance sentinelle 2015. Le tableau suivant donne le nombre de femmes enceintes à inclure dans l'enquête selon :

- la prévalence du VIH observée dans le site en 2015
- Le risque  $\alpha$  de 5%
- Et une précision de 1%

Tableau 1 : Estimation des tailles échantillonnages par région :

Régions	Prévalence du VIH en 2015 (proportion de tests positifs au Détermine et au Bioline)	Nombre de sujets nécessaires
Conakry	4.38	1606
Boké	4.41	1617
Kindia	3.33	1235
Mamou	1.81	682
Labé	1.78	671
Faranah	2.39	895
Kankan	3.11	1156
N'Zérékoré	4.16	1529
Total	-	9391

L'échantillon général était ainsi constitué de 9391 femmes enceintes.

Il était aussi question de procéder en seconde étape aux estimations des nombres requis de femmes enceintes par préfecture/commune de Conakry puis par Centre de Santé (un échantillonnage à la proportionnelle). Cette procédure a pris en compte le nombre de femmes enceintes potentielles attendues par Centre de Santé et sa représentativité en termes de proportion dans les entités concernées (Annexe 1).



### III.5. Sélection Des Sites Sentinelles :

L'intégration des sites sentinelles a été progressive en Guinée. Au total 17 sites (Centres de Santé) des régions seulement de Mamou, Labé, Kankan, Nzérékoré et de la zone spéciale de Conakry ont été inclus dans le processus au départ en 2004, puis 27 sites de toutes les régions administratives et de la zone spéciale de Conakry ont participé à l'enquête de 2008, ensuite 31 sites en 2015 et **32 sites en 2018** ont été ciblés pour cette enquête de surveillance sentinelle.

La sélection des sites a obéi à un certain nombre de considérations :

#### **a. Les critères de choix :**

Les principaux critères de choix des sites sentinelles étaient les suivants :

- Le site (centre de santé) fournit des consultations prénatales au quotidien;
- Le site a l'habitude de prélever du sang chez les femmes enceintes dans le cadre des examens de routine (hémogramme, syphilis, dosage du taux HB);
- Le site (chef-lieu de la région) dispose d'un laboratoire fiable capable d'effectuer des examens courants de laboratoires, manipuler et stocker des échantillons;
- Le site (centre de santé) est géographiquement accessible à tout moment;
- Le site (centre de santé) a un taux de fréquentation élevé susceptible de permettre le recrutement dans le délai définis d'un nombre suffisant de femmes enceintes.
- Le regroupement des sites sur l'ensemble du territoire permet une distribution géographique harmonieuse (zone de faible

taux de prévalence, zone à taux de prévalence élevé, zone urbaine et zone rurale);

- Le personnel présent sur le site (centre de santé et laboratoire régional) est prêt à coopérer et est techniquement capable d'assurer la surveillance biologique.

### **b. Eléments de détermination des sites sentinelles de la surveillance biologique du VIH :**

Les sites sentinelles sont déjà connus, choisis en tenant compte de leur potentiel de recrutement d'un nombre suffisant de femmes enceintes.

Le potentiel de recrutement en 1 mois d'un site a été calculé depuis les premières enquêtes comme suit : **le nombre moyen de premier contact en CPN pour six mois / 6.**

En effet, le suivi dans le temps de la tendance de l'infection à VIH est meilleur quand une prévalence instantanée, c'est à dire sur des échantillons de sang obtenus en huit (8) semaines de recrutement ou au plus 12 semaines peut être estimée.

#### III.6. Informations à collecter :

Deux types d'information ont été collectés :

- Les variables qui définissent les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes : l'âge de la femme, le statut matrimonial, l'âge au premier mariage, le temps écoulé depuis la dernière naissance vivante ou non, le niveau d'instruction, la profession de la femme et de l'auteur de la grossesse.
- Les variables biologiques : Chaque femme a fait l'objet d'un prélèvement de 5 ml de sang qui après décantation a servi au dépistage de la syphilis et du VIH.

Les tests de dépistage étaient comme pour les précédentes enquêtes le RPR et le TPHA pour la syphilis.

Un cas de syphilis est défini comme, tout test positif au RPR et confirmé au TPHA.

L'infection à VIH a été recherchée au moyen de deux tests rapides: le Détermine™ en première intention et le Bioline pour la confirmation des tests positifs au Détermine™. Ces deux tests ont une bonne valeur diagnostique (bonne sensibilité et bonne spécificité).

L'infection à VIH est définie comme tout test positif au Détermine™ et confirmé au Bioline.

Dans chaque centre de santé inclus dans la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes, une équipe a été désignée pour assurer les activités de surveillance. Cette équipe était composée d'une agente chargée de la CPN et d'un agent du laboratoire.

L'agente chargée de la CPN recevait la femme, l'interrogeait et remplissait la fiche d'enquête remettait à la femme un tube sur lequel il y a un autocollant contenant le numéro d'identification du site et les bons nominatifs d'examen pour la syphilis. Elle prélève la femme après counseling sur la syphilis, enregistre le numéro de la femme dans un registre.

L'agent du laboratoire réalise le dépistage de la syphilis, et conserve le sérum restant avec le numéro d'identification pour le dépistage du VIH au réfrigérateur jusqu'au moment où celui-ci sera transféré au laboratoire régional.

Différents déterminants de santé (indicateurs d'utilisation des CS, estimation des nombres requis de femmes enceintes par CS, le temps requis de l'enquête par CS) ont été projetés, et des outils de collecte ont été développés selon le standard de l'OMS et de l'ONUSIDA, ce sont :

1. La fiche de résultat de dépistage de la syphilis
2. Le guide de remplissage de la fiche de résultat de la syphilis
3. La fiche de surveillance de l'épidémie
4. Le guide de l'enquêteur pour le remplissage de la fiche de l'épidémie

5. Le guide ou procédure de prélèvement veineux
6. Les directives de diagnostic sérologique de la syphilis et de l'infection à VIH
7. Fiche d'instruction aux laboratoires périphériques pour la séro surveillance de la syphilis et le VIH
8. Fiche d'instruction aux services de CPN sur la séro surveillance de la syphilis et du VIH
9. Outils de suivi et contrôle de qualité pour les laboratoires sur la surveillance biologique de la syphilis et de l'infection à VIH.

### III.7. Validité des données :

Pour assurer une meilleure qualité aux informations collectées, il a été question de :

- Former /recycler 08 responsables des laboratoires régionaux des sites de surveillance sentinelle aux techniques de dépistage de la syphilis et du VIH et à la supervision ;
- Former /recycler 32 agents CPN et 32 agents de laboratoires des centres de santé (sites de surveillance sentinelle choisis) à l'utilisation des outils de collecte et aux techniques de prélèvement ;
- Organiser une supervision centrale et trois supervisions régionales par les laborantins régionaux portant sur tous les aspects techniques et organisationnels de l'enquête durant toute la période de celle-ci (utilisation des outils de collecte, transfert et conservation des échantillons, technique de dépistage de la syphilis et du VIH, traitement des femmes RPR positifs) ;
- Assurer le contrôle de qualité interne des données durant tout le processus depuis le prélèvement, la double saisie des données (pour éliminer les doublons), l'analyse et l'interprétation des résultats par les laborantins des sites et ceux des régions (superviseurs) et contrôle de qualité externe des données avec l'appui d'un Laboratoire National de référence spécialisé.

### III.8. Analyse des données :

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel Epi Info. Le traitement a consisté à la double saisie des informations, la correction des erreurs dans la base de données (informations incohérentes ou aberrantes) et au calcul des prévalences et leurs intervalles de confiance.

Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et graphiques dans l'ordre ci-après :

- La prévalence du VIH et de la syphilis par site (un site est constitué, dans une région d'un centre de santé urbain et au moins de deux centres de santé ruraux)
- La prévalence médiane de la syphilis et du VIH par région
- La prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes de moins de 25 ans et de 25 ans et plus par centre de santé;
- La prévalence du VIH et de la syphilis par tranche d'âge pour l'ensemble des centres de santé des sites de surveillance
- La prévalence du VIH et de la syphilis par âge selon le chef-lieu de la région;
- La prévalence du VIH et de la syphilis par catégories socio professionnelles pour l'ensemble des centres de santé;
- La courbe de la tendance évolutive du VIH et de la Syphilis par région et par âge dans les anciens sites depuis 2004
- Les résultats du contrôle de qualité interne et externe

### III.9. Les données de laboratoire :

#### III.9.1. Collecte des spécimens :

Avant le début de l'enquête comme stipulé plus haut, tous les prestataires des sites ont été formés sur les normes et procédures de remplissage des questionnaires. Au niveau de chaque site et pour

toute femme enceinte éligible venue en consultation prénatale, un spécimen de sang de 5 ml a été prélevé. Le sang ainsi prélevé a été centrifugé et le sérum recueilli est divisé en deux parties pour la réalisation des deux tests prévus dans le protocole : le test de VIH et le test de la syphilis.

La méthode de dépistage anonyme non corrélée de l'infection à VIH recommandée par l'OMS et l'ONUSIDA a été de rigueur. Cette méthode est le meilleur moyen d'obtenir des estimations de prévalence plus exactes et moins biaisées.

. Les aliquotes sont stockés au réfrigérateur et les examens réalisés le plus tôt possible au centre de santé.

Les aliquotes ont été conservés au réfrigérateur et transférés à l'aide d'une glacière au laboratoire de l'hôpital régional lors des supervisions des laborantins régionaux. Au labo régional, les sérums ont été conservés dans un congélateur et le contrôle de qualité interne a été effectué sur un échantillon de 5% pour les négatifs et 100% des positifs. Ensuite tous les sérums positifs et 5% des négatifs ont été transmis à Conakry à un labo de référence spécialisé pour le contrôle de qualité externe.

Pour conserver la **confidentialité**, tous les spécimens biologiques ont été étiquetés avec un code imprimé sur des autocollants les corrélant avec les données sociodémographiques. L'aliquote de la syphilis et celui du VIH ont le même numéro.

Deux registres sont ouverts ; l'un pour la surveillance de la syphilis géré par le responsable de la CPN et le second pour la surveillance du VIH et de la syphilis, qui est géré par le Technicien de laboratoire du CS.

### III.9.2. Technique de laboratoire :

La stratégie utilisée a été celle proposée classiquement et recommandée par l'ONUSIDA<sup>4</sup> pour tester les populations caractérisées par une prévalence  $\leq 10$ . Dans ce protocole, il est prévu que les échantillons positifs au premier test, mais négatifs au second soient considérés comme négatifs pour les données de surveillance et sont classés en « indéterminés ».

Tous les sérums destinés au dépistage de la Syphilis et du VIH ont été soumis au « Duosyphilis » et les tests positifs au VIH (Determine) confirmés avec la bioline ». ».

Le dépistage sérologique de la syphilis a été réalisé à l'aide du test RPR (Rapid Plasma Reagin). Tous les sérums positifs au RPR ont été analysés par le test Treponema pallidum haemagglutination assay (TPHA).

Un résultat positif au RPR et au TPHA sera indicateur d'une syphilis évolutive. Le résultat de la syphilis est retranscrit sur une fiche et retourné au service de CPN pour le traitement de la femme, du partenaire sexuel et de la ou des coépouses pour celles qui vivent dans des foyers de polygamie conformément au protocole thérapeutique national de prise en charge de la syphilis. Ils ont reçu individuellement une injection unique de 2,4 millions UI de Benzathine pénicilline.

En cas d'allergie à la pénicilline, les comprimés d'érythromycine étaient servis à raison de 2 gr par jour en quatre prises pendant 14 jours.

---

<sup>4</sup>GUY M, Consultation visant à réhabiliter le système de surveillance VIH en Guinée FHI / USAID / GTZ, Conakry, octobre 2002

### III.10. Durée de l'enquête de Surveillance VIH et de la Syphilis :

La durée de la période d'enquête pour collecter le nombre d'échantillons requis de sang par centre de santé a été déterminée tenant compte du potentiel d'attraction du site et de la taille spécifique de l'échantillon spécifique calculé en tenant compte du taux moyen mensuel de l'utilisation de la CPN. Elle a été en moyenne de 30 jours avec des sites de 21 jours, des sites de 30 jours et des sites de 40 jours. (Voir annexe 2)

### III.11. Diffusion des résultats :

Les données traitées seront diffusées en priorité aux unités sentinelles où elles ont été collectées. Elles seront également diffusées aux différents partenaires de CNLS (Ministère de la Santé Publique, Ministère du Plan, Ministère de la Communication..., aux communautés, et aux partenaires techniques et financiers de la riposte au Sida en Guinée)

### III.12. Ethique :

A cause du fait que l'évaluation touche la biologie pouvant mettre la santé des enquêtées en danger, le respect de l'éthique de la recherche a été réalisé à travers :

- La reconduction du protocole de recherche validé par le Groupe Technique National Suivi Evaluation et par le comité d'éthique du Ministère de la Santé de la Guinée de l'ENSS 2015 ;
- L'information et l'implication des autorités administratives, sanitaires et des leaders communautaires au niveau de chaque zone d'enquêtes.
- Le respect de la confidentialité tout au long de l'évaluation (le nom des enquêtés ne sera pas porter sur les questionnaires ; leur déclaration et leur image ne seront publier qu'avec leur autorisation).



Avant le démarrage des activités, dans tous les sites choisis pour la surveillance, les femmes ont été sensibilisées sur le dépistage de la syphilis. Dans tous les cas le consentement des femmes a été requis avant tout prélèvement pour le sérodiagnostic de la syphilis.

Concernant le sérodiagnostic du VIH, la méthode de dépistage anonyme et non corrélée a été utilisée pour réduire le biais de participation au minimum.

Le sang à tester pour le VIH n'a porté qu'un numéro d'identification qui a permis uniquement d'identifier la région et l'unité sentinelle puis relier les résultats avec le registre qui contient des numéros sans nom.

Pour la Sécurité Durant la collecte des données les Agents de Collecte ont strictement observé les règles de sécurité qui leurs sont enseignés, notamment respecter les règles de prévention et de contrôle de l'infection en milieu de soins pour toute les femmes reçues en CPN, incluses dans l'étude.

#### IV. LES RESULTATS DE L'ENQUETE :

L'Enquête Nationale de Surveillance Sentinelle de la Syphilis et du VIH (ENSS/2018) s'est déroulée du 22 Février au 2 Avril 2018 dans toutes les régions du pays, et les durées de l'enquête étaient de 21 jours, 30 jours et 40 jours selon le potentiel d'utilisation des CS en CPN (Annexe 2). Les taux de participation des CS sont déclinés ici selon les CS :

**Tableau 2 : Distribution des taux de participation des femmes enceintes enquêtées par CS :**

Centre de santé	Taille requise	Milieu de résidence	Nombre de femmes enquêtées	taux de réalisation (%)
Boulbinet	102	Urbain	97	95
Madina	232	Urbain	237	102
Wanidara	464	Urbain	212	45
Gbessia Port	265	Urbain	218	82
Dixinn	546	Urbain	174	31
Manquepas	612	Urbain	608	99
Friguiagbé	351	Rural	353	100
Mambia	273	Rural	280	102
Gonia	561	Urbain	556	99
Goueké	300	Rural	296	98
Koulet	304	Rural	308	101
Beyla	366	Urbain	367	100
Dibia	324	Urbain	329	101

Kolaboui	425	Rural	289	68
Kamsar	566	Rural	567	100
Sabendè	304	Urbain	304	100
Leysaré	378	Urbain	357	94
Lafou	171	Rural	153	89
Kouramangui	122	Rural	124	101
Abattoir	394	Urbain	436	110
Sandénia	177	Rural	140	79
Tiro	324	Rural	201	62
Poudrière	266	Urbain	269	101
Konkouré	92	Rural	93	101
Ourékaba	228	Rural	142	62
Timbo	96	Rural	105	109
Dabola	164	Urbain	192	117
Salamani	349	Urbain	349	100
Batènafadji	260	Rural	262	100
Missamana	99	Rural	100	101
Siguiri koro	381	Urbain	381	100
Kintinian	69	Rural	69	100
	<b>9391</b>		<b>8568</b>	<b>91</b>

Il ressort un taux de réalisation globale de 91%, ce qui est un taux remarquable. Derrière cette performance se cachent des disparités dont des faibles réalisations notamment à Wanidara soit 45% et surtout à Dixinn avec seulement un taux de 31%. A contrario, les CS de Dabola Centre et d'Abattoir à Faranah ont à leur actif des

grandes performances de 117% et de 110% respectivement. A noter que les 59% des CS ont réalisé 100% ou plus les tailles échantionnales spécifiques requises.

#### IV.1. Les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes :

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant participé à cette ENSS/2018 se présentent ainsi qui suit :

L'analyse de la variable âge montre que les 54% des femmes enceintes enquêtées au moins de 25 ans, elles sont relativement jeunes dans la majorité (l'incidence du VIH est appréciée dans cette tranche d'âge). Il ressort pour les mesures de tendance centrale un âge modal de 20 ans, un âge médian de 23 ans et une moyenne d'âge de 24 ans et indique pour les mesures de dispersion une variance de 33 et un écart type de 5.7. L'âge minimal est de 13 ans (soit quatre jeunes femmes enceintes) et le maximum est de 47 ans soit deux femmes enceintes enquêtées.

Selon le statut matrimonial, les femmes sont en majorité dans un foyer de monogamie soit les 63%, elles sont en situation de polygamie dans une proportion de 36% tandis que les célibataires sont à 5%. Ailleurs l'on note dans des proportions minimales de 0% (12 femmes divorcées, 8 femmes veuves et une seule femme séparée).

Pour celles qui vivent dans des foyers, elles ont contractés le mariage en moyenne à 17 ans mais plus fréquemment à 18 ans (le mode). La plus jeune femme au mariage a 12 ans et la plus âgée au mariage est de 35 ans.

Le temps écoulé depuis la dernière naissance (vivante ou non) est en moyenne de 2.8 ans.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, elles sont en grande partie non scolarisées soit les 58% alors que 20% ont le niveau primaire, 19% ont le niveau secondaire et 3% ont le niveau universitaire.

En se penchant sur les confessions religieuses, il ressort que les 89% sont musulmanes contre 7% de chrétiennes et 4% sont animistes et autres.

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes enquêtées sont ainsi présentées :

**Tableau 3 : Présentation des caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées :**

Caractéristiques Sociodémographiques	Paramètres	Effectif	Proportion/Moyenne
AGE	<25 ans	4627	54%
	>25 ans	3941	46%
	<b>Age moyen au 1er mariage</b>	<b>8568</b>	<b>17</b>
STATUT MATRIMONIAL	Mariée	8119	94,8
	Célibataire	428	5,0
	Autres	21	0,2
	<b>TOTAL</b>		
TYPE DE FOYER	Polygame	3139	39
	Monogame	4980	61
	<b>TOTAL</b>		
NIVEAU D'INSTRUCTION	Aucun	4936	58
	Primaire	1721	20
	Secondaire	1665	19
	Supérieur	246	3
	<b>TOTAL</b>		
RELIGION	Musulmane	7641	89
	Chrétienne	574	7
	Autres	353	4
	<b>TOTAL</b>		
	Ouvrière/artisan	75	1%
	Cultivatrice	2752	32%

<b>PROFESSION DE LA FEMME</b>	Ménagère	2137	25%
	Marchande	1154	13%
	Coiffeuse/Couturière	1001	12%
	Élève/Étudiante	780	9%
	Enseignante	129	2%
	Fonctionnaire	540	6%
	<b>TOTAL</b>		
<b>PROFESSION DU PROCREATEUR</b>	Cultivateur	2011	23%
	Ouvrier/Artisan	750	9%
	Chauffeur	802	9%
	Fonctionnaire	1842	21%
	Élève/Étudiant	475	6%
	Enseignant	516	6%
	Homme en uniforme	187	2%
	Marchand	1950	23%
	Autres	35	0%
	<b>TOTAL</b>		

## IV.2. Prévalence de l'infection à VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles :

La situation générale est présentée au tableau 3 selon les Centres de Santé :

**Tableau 4 ; Distribution des cas de VIH chez les femmes enquêtées selon les CS :**

CENTRES DE SANTE	Nombre de femmes enquêtées	cas Négatifs	Fréquences relatives des cas Négatifs	cas Positifs	Fréquences relatives des cas Positifs
ABATTOIR	436	415	95,20%	21	4,80%
BATENAFADJI	262	259	98,90%	3	1,10%
BEYLA	367	360	98,10%	7	1,90%
BOULBINET	97	95	97,90%	2	2,10%
DABOLA	192	191	99,50%	1	0,50%
DIBYA	329	317	96,40%	12	3,60%
DIXINN	174	170	97,70%	4	2,30%
FRIGUIAGBE	353	349	98,90%	4	1,10%
GBESSIA	218	205	94,00%	13	6,00%
GONIA	556	552	99,30%	4	0,70%
GOUECKE	296	292	98,60%	3	1,00%
KAMSAR	567	536	94,50%	31	5,50%
KINTINHA	69	66	95,70%	2	2,90%
KOLABOUI	289	281	97,20%	8	2,80%
KONKOURE	93	93	100,00%	0	0,00%
KOULE	308	300	97,40%	8	2,60%
KOURAMANGUI	124	123	99,20%	1	0,80%
LAFOU	153	153	100,00%	0	0,00%
LEYSARE	357	355	99,40%	2	0,60%
MADINA	237	235	99,20%	2	0,80%
MAMBIA	280	278	99,30%	2	0,70%
MANQUEPAS	608	602	99,00%	6	1,00%
MISSAMANA	100	98	98,00%	2	2,00%
OUREKABA	142	142	100,00%	0	0,00%
POUDRIERE	269	262	97,40%	7	2,60%
SABENDE	304	298	98,00%	6	2,00%
SALAMANI	349	339	97,10%	10	2,90%
SANDENIA	140	140	100,00%	0	0,00%
SIGUIRIKORO	381	371	97,40%	10	2,60%

TIMBO	105	102	97,10%	3	2,90%
TIRO	201	196	97,50%	5	2,50%
WANIDARA	212	203	95,80%	9	4,20%

La prévalence médiane nationale est de 1.9. Il ressort de ce qui précède que 18 CS soit les 56% ont des proportions de positivité supérieures à la prévalence médiane nationale. Des taux énormes sont constatés dans 11 sites dont quatre agglomérations de zone minière, ce sont : Gbessia (6%), Abattoir (5%), Kamsar (5%) ; Wanidara (4%), Kintiha (3%), Kolaboui (3%), Koulé (3%), Poudrière (3%), Salamani (3%), Siguirikoro (3%) et Timbo (3%). Par contre des taux nuls sont remarqués au niveau de quatre sites : Konkouré, Lafou, Ourekaba et Sandenia.

En ce qui concerne la Syphilis, 22 CS ont des taux de séropositivité supérieurs à la prévalence médiane nationale de 0.7.

Les CS de Gouecké et Abattoir se démarquent avec des taux très élevés de 9% chacun ; certains CS aussi ont des non négligeables de 4 à 6%, ce sont Koulé (6%), Missamana (6%), Batenafadji (5%), Salamani (4%) et Sandenia (4%).



**Tableau 5 ; Distribution des cas de Syphilis chez les femmes enquêtées selon les CS :**

CENTRES DE SANTE	Nombre de femmes enquêtées	cas Négatifs	Fréquences relatives des cas Négatifs	cas Positifs	Fréquences relatives des cas Positifs
ABATTOIR	436	395	90,60%	41	9,40%
BATENAFADJI	262	250	95,40%	12	4,60%
BEYLA	367	365	99,50%	2	0,50%
BOULBINET	97	97	100,00%	0	0,00%
DABOLA	192	187	97,40%	5	2,60%
DIBYA	329	323	98,20%	6	1,80%
DIXINN	174	172	98,90%	2	1,10%
FRIGUIAGBE	353	350	99,20%	3	0,80%
GBESSIA	218	218	100,00%	0	0,00%
GONIA	556	553	99,50%	3	0,50%
GOUECKE	296	268	90,50%	28	9,50%
KAMSAR	567	560	98,80%	7	1,20%
KINTINHA	69	68	98,60%	1	1,40%
KOLABOUI	289	288	99,70%	1	0,30%
KONKOURE	93	93	100,00%	0	0,00%
KOULE	308	291	94,50%	17	5,50%
KOURAMANGUI	124	124	100,00%	0	0,00%
LAFOU	153	152	99,30%	1	0,70%
LEYSARE	357	354	99,20%	3	0,80%
MADINA	237	235	99,20%	2	0,80%
MAMBIA	280	276	98,60%	4	1,40%
MANQUEPAS	608	608	100,00%	0	0,00%
MISSAMANA	100	94	94,00%	6	6,00%
OUREKABA	142	141	99,30%	1	0,70%
POUDRIERE	269	269	100,00%	0	0,00%
SABENDE	304	304	100,00%	0	0,00%
SALAMANI	349	336	96,30%	13	3,70%
SANDENIA	140	135	96,40%	5	3,60%
SIGUIRIKORO	381	381	100,00%	0	0,00%
TIMBO	105	104	99,00%	1	1,00%
TIRO	201	201	100,00%	0	0,00%
WANIDARA	212	210	99,10%	2	0,90%

#### IV.3. Prévalence du VIH et de la Syphilis par région :

Les analyses de prévalences orientées vers les régions ressortent que quatre régions ont des taux supérieurs à la médiane nationale de 1.9, ce sont Kankan avec une prévalence de 2.3, Faranah avec une prévalence de 2.8, Conakry avec une prévalence de 3.2 et Boké avec une prévalence de 3.8 et qui représente la borne supérieure La plus faible est à l'actif de Labé avec une prévalence de 0.5. (Tableau 5 ci dessous).

**Tableau 6 : Distribution des prévalences instantanées du VIH par région :**

REGIONS	Nombre de femmes enquêtées	cas Négatifs	Fréquences relatives des cas Négatifs	cas Positifs	Fréquences relatives des cas Positifs
BOKE	1483	1426	96,20%	57	3,80%
CONAKRY	939	909	96,80%	30	3,20%
FARANAH	970	943	97,20%	27	2,80%
KANKAN	1158	1130	97,60%	27	2,30%
KINDIA	1242	1230	99,00%	12	1,00%
LABE	633	630	99,50%	3	0,50%
MAMOU	608	598	98,40%	10	1,60%
NZEREKORE	1535	1512	98,50%	22	1,40%

Concernant la Syphilis, trois régions ont des prévalences supérieures à la médiane nationale, ce sont : Faranah (5.3), N'zérékoré ((3.3), et Kankan (2.8) alors que Boké a presque une prévalence presque superposable à la médiane nationale.(voir le tableau 6).

**Tableau 7 : Distribution des prévalences instantanées de la Syphilis par région :**

REGIONS	Nombre de femmes enquêtées	cas Négatifs	Fréquences relatives des cas Négatifs	cas Positifs	Fréquences relatives des cas Positifs
BOKE	1483	1469	99,10%	14	0,90%
CONAKRY	939	933	99,40%	6	0,60%
FARANAH	970	919	94,70%	51	5,30%
KANKAN	1158	1126	97,20%	32	2,80%
KINDIA	1242	1235	99,40%	7	0,60%
LABE	633	629	99,40%	4	0,60%
MAMOU	608	606	99,70%	2	0,30%
NZEREKORE	1535	1485	96,70%	50	3,30%
Total	8568	8402	98,10%	166	1,90%

#### IV.4. Distribution des prévalences du VIH et de la Syphilis selon les caractéristiques socio démographiques des femmes enceintes

Dans ce chapitre, nous analysons la distribution de l'infection à VIH selon les caractéristiques socio démographiques des femmes enceintes. L'intérêt de cette démarche est d'identifier des facteurs associés à des prévalences élevées ou faibles du VIH chez les femmes pour mieux orienter les interventions de prévention.

La prévalence du VIH est analysée ici selon : l'âge des femmes, le statut matrimonial, le niveau de d'instruction, le type de foyer dans lequel vivent les femmes, la religion et l'âge au premier mariage

Au sujet de l'âge, la prévalence du VIH a été calculée chez les moins de 25 ans et chez celles de 25 ans et plus. Cette catégorisation permet de se faire une idée plus ou moins juste sur l'ampleur des nouvelles infections de VIH. En effet l'OMS et l'ONU SIDA estiment que les 15 à 24 ans sont beaucoup plus susceptibles de développer de nouvelles infections à VIH.

D'après les analyses la prévalence du VIH ne varie pas de façon significative selon l'âge bien qu'elle soit plus élevée chez les plus de 24 ans. Les femmes enceintes de 15 à 24 ans ont une prévalence de 1.8 (IC à 95% : 1.5- 2.3). Dans la catégorie des plus de 24 ans la prévalence est de 2.6 (IC à 95% : 2.2- 3.2)

En ce qui concerne la syphilis, la prévalence est aussi plus élevée chez les plus de 25 ans. Cependant les différences observées ne sont pas significatives vu le chevauchement des intervalles de confiance à savoir 1.9 (IC à 95% : 1.6-2.4) et 2.1 (IC à 95% : 1.7-2.7).

L'interprétation de la prévalence du VIH selon plusieurs groupes spécifiques d'âge montre que la prévalence du VIH connaît une évolution ascendante jusqu'à 39 ans puis se maintient par la suite à une fréquence de 3% (Tableau 7).

### **Tableau 8 : Distribution des cas de VIH chez les femmes enquêtées selon les âges :**

TRANCHES D'AGES	Nombre de femmes enquêtées	cas Négatifs	Fréquences relatives des cas Négatifs	cas Positifs	Fréquences relative des cas positifs
13 à 19 ans	2136	2106	99%	30	1%
20 à 29 ans	4646	4545	98%	99	2%
30 à 39 ans	1721	1664	97%	57	3%
40 à 49 ans	65	63	97%	2	3%

Pour la Syphilis, la plus grande proportion est observée chez les 20 à 29 ans soit 2.1% et les autres sont quasi équivalentes (Tableau 8).

### **Tableau 10 : Distribution des cas de Syphilis chez les femmes enquêtées selon les âges :**

TRANCHES D'AGES	Nombre de femmes enquêtées	cas Négatifs	Fréquences relatives des cas Négatifs	cas Positifs	Fréquences relative des cas positifs
13 à 19 ans	2136	2099	98%	37	1.7
20 à 29 ans	4646	4550	98%	96	2.1
30 à 39 ans	1721	1689	98%	32	1.9
40 à 49 ans	65	64	98%	1	1.5

Autrefois, la prévalence était significativement plus faible chez les mariées que chez les femmes célibataires (ENSS/2008) Selon les résultats de cette étude, le statut matrimonial de la femme n'a aucune influence significative. En effet, la prévalence est de 2.3 (IC à 95% : 1.2-4.4) chez les femmes célibataires contre 2.2 (IC : 1.9-2.5) chez les femmes mariées, plus explicitement elle est de 2.2 (IC : 1.8-2.6) chez les femmes vivant dans des foyers de monogamie contre aussi 2.2 chez les femmes en situation de polygamie (IC : 1.7-2.8). Fait particulier est qu'aucune des 12 femmes veuves n'a été dépistée séropositive autant d'ailleurs que l'unique femme en, situation de « séparée ».

Selon le niveau d'instruction, la prévalence est de 1.7 (IC : 1.4-2.2) chez les femmes n'ayant jamais été scolarisées alors qu'elle est de 2.8 (IC à 95% : 2.3-3.4) chez les femmes scolarisées tout niveau confondu (primaire, secondaire et universitaire). La différence est statistiquement significative. Plus spécifiquement sur un autre plan la prévalence est de 3.3 (IC à 95% : 2.5-4.3) pour les femmes ayant un niveau d'étude primaire, 2.2 (IC à 95% : 1.5-3.0) pour le niveau secondaire et de 3.7 (IC à 95% : 1.7-6.8) pour les femmes ayant effectué des études universitaires. Toutefois les différences ne sont statistiquement pas significatives.

La prévalence du VIH a été de 2.3 (IC à 95% : 1.9-2.6) chez les femmes de confessions musulmanes alors qu'elle est de 1.7 (IC à 95% : 0.9-3.3) chez les femmes chrétiennes et 1.4 (IC à 95% : 0.5-3.5) chez les autres femmes. Cependant, les différences ne sont statistiquement pas significatives.

Les femmes dont l'âge au premier mariage est inférieur à 18 ans ont une prévalence du VIH de 2.7 (IC à 95% : 2.3-3.2) alors que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dont l'âge au premier mariage est supérieur ou égal à 18 ans est de 1.5 (IC à 95% : 1.2-2.0). La différence est statistiquement significative.

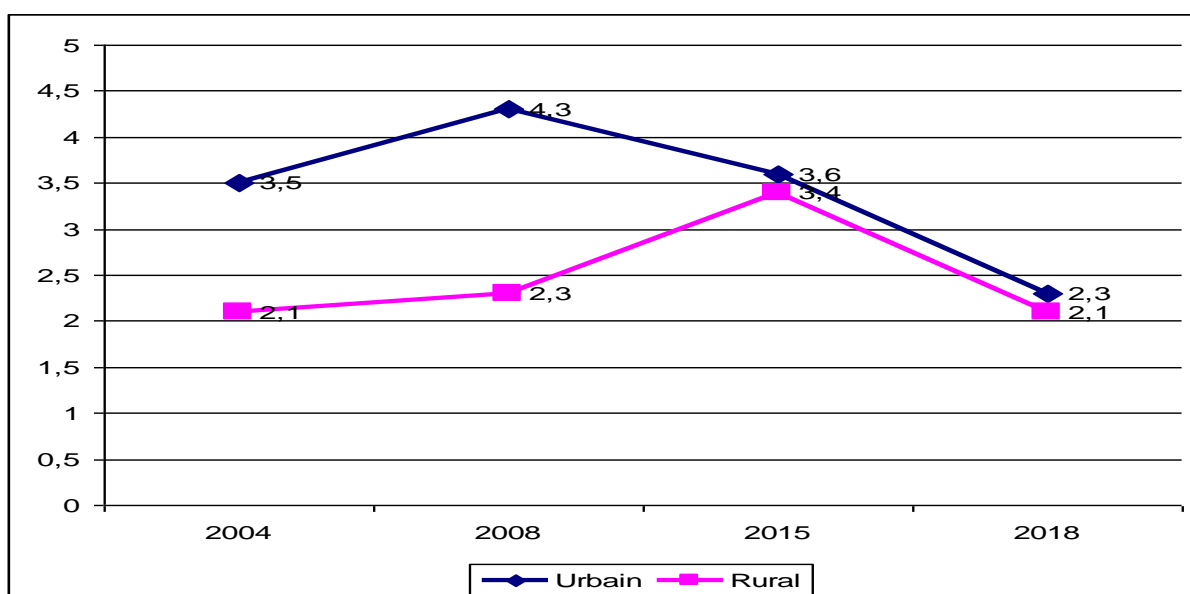
#### IV.5. Prévalence du VIH selon le type de CS (urbain et rural) :

L'ampleur de la séropositivité varie d'une zone à l'autre. Pour le cas du VIH, les oscillations vont de 1% (Gonia, Leysaré, Madina et Manquepas) à 5% au CS Abattoir (Faranah) en zone urbaine (Tableau 10) et de 0% à 5% (Kamsar) aussi en zone rurale (Tableau 11). En ce qui concerne la Syphilis, seuls Dabola, Salamani et surtout Abattoir avec 9.4% ont des proportions très remarquées de séropositivité en zone urbaine alors qu'en zone rurale Gouecké avec une proportion de 9.5, Missamana avec 6.0 et Sandenia à 3.6 influencent considérablement la prévalence globale en zone rurale.

Ainsi, La prévalence est de 2.3 (IC à 95% : 1.5-2.3) en zone urbaine contre 2.1 (IC à 95% : 1.3-2.0) en zone rurale pour le VIH ; la différence n'est statistiquement pas significative alors que la prévalence de la Syphilis est de 1.6 (IC à 95% : 1.2-2.1) en zone urbaine contre 2.5 (2.4-3.0) en zone rurale. La différence est statistiquement significative.

L'évolution du VIH en zone rurale et en zone urbaine est présentée au tableau ci-dessous :

#### **Graphique 1 : Evolution de la prévalence du VIH selon le type zone de 2004 à 2018 :**



**Tableau 10 : Situation des séropositivité au VIH et Syphilis dans les CS Urbains :**

CENTRS SANTE	Nombre de femmes enquêtées	Fréquences relatives des cas	
		cas Négatifs	cas Positifs
ABATTOIR	436	395	41
BEYLA	367	365	2
BOULBINET	97	97	0
DABOLA	192	187	5
DIBYA	329	323	6
DIXINN	174	172	2
GBESSIA	218	218	0
GONIA	556	553	3
LEYSARE	357	354	3
MADINA	237	235	2
MANQUEPAS	608	608	0
POUDRIERE	269	269	0
SABENDE	304	304	0
SALAMANI	349	336	13
SIGUIRIKORO	381	381	0
WANIDARA	212	210	2

**Tableau 11 : Situation des séropositivité au VIH et Syphilis dans les CS Ruraux :**

CENTRES DE SANTE	Nombre de femmes enquêtées	Fréquence absolues des cas Négatifs	Fréquences relatives des cas	
			cas Négatifs	cas Positifs
BATENAFADJI	262	250	12	4,6%
FRIGUIAGBE	353	350	3	0,8%
GOUECKE	296	268	28	9,5%
KAMSAR	567	560	7	1,2%
KINTINHA	69	68	1	1,4%
KOLABOUI	289	288	1	0,3%
KONKOURE	93	93	0	0,0%
KOULE	308	291	17	5,5%
KOURAMANGUI	124	124	0	0,0%
LAFOU	153	152	1	0,7%
MAMBIA	280	276	4	1,4%
MISSAMANA	100	94	6	6,0%
OUREKABA	142	141	1	0,7%
SANDENIA	140	135	5	3,6%
TIMBO	105	104	1	1,0%
TIRO	201	201	0	0,0%
Total	3482	3395	87	2,5%

#### IV.6. Tendance évolutive des phénomènes sous surveillance sentinelle (VIH et Syphilis) :

La situation générale de l'évolution du VIH et de la Syphilis dans le pays et par région se trouve présentée au Tableau ci-dessous :

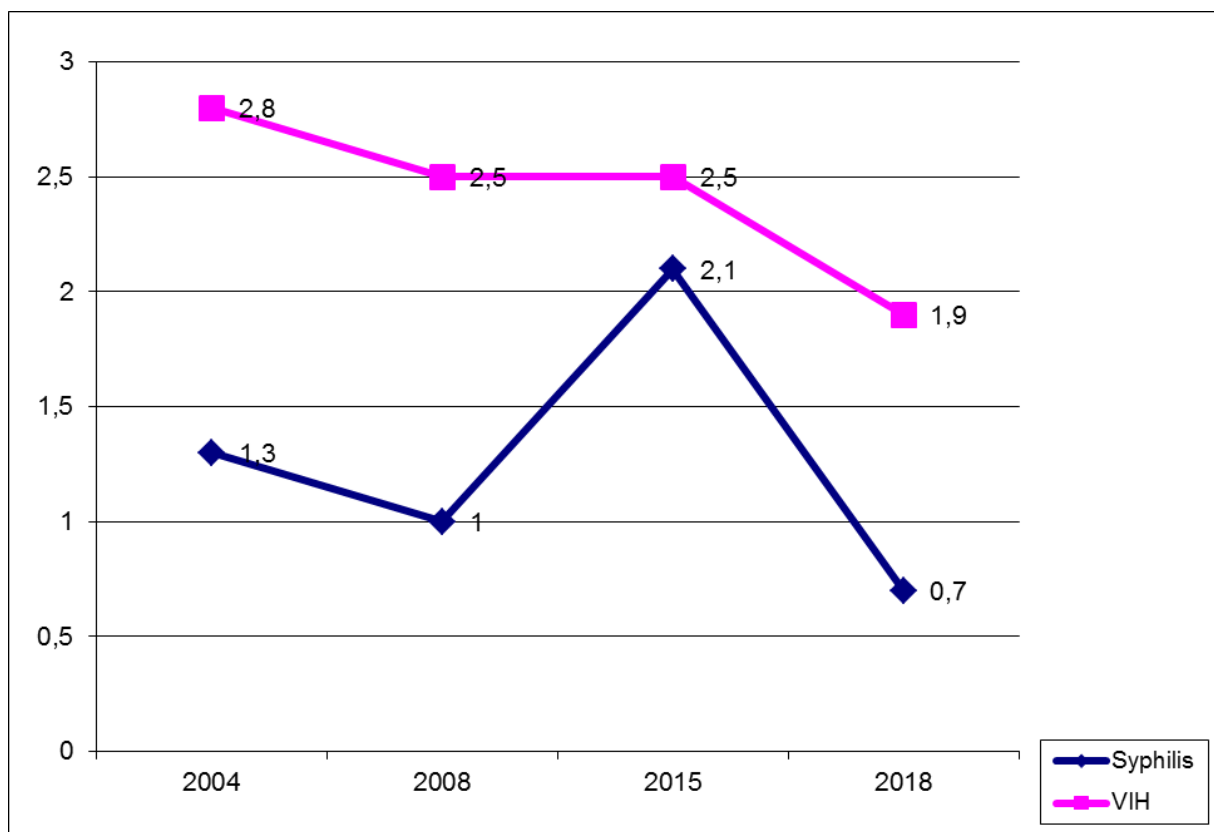
**Tableau 12 : Présentation des prévalences de VIH et de la Syphilis par région :**

	<b>CAS</b>	<b>2004</b>	<b>2008</b>	<b>2015</b>	<b>2018</b>
PAYS	SYPHILIS	1.3	1.0	2.1	<b>0.7</b>
	VIH	2.8	2.5	3.5	<b>1.9</b>
KINDIA	SYPHILIS	1.3	1.0	2.1	<b>0.7</b>
	VIH	2.8	4.1	3.3	<b>1.0</b>
BOKE	SYPHILIS	0	0	0.3	<b>0.6</b>
	VIH	2.8	2.7	4.4	<b>3.8</b>
FARANAH	SYPHILIS	0	0	3.4	<b>5.3</b>
	VIH	2.8	1.9	2.3	<b>2.8</b>
NZEREKORE	SYPHILIS	0.5	0.9	0.8	<b>3.3</b>
	VIH	5.6	3.1	4.1	<b>1.4</b>
MAMOU	SYPHILIS	0.5	0.9	7.8	<b>3.3</b>
	VIH	2.1	1.1	1.8	<b>1.6</b>
LABE	SYPHILIS	2.6	1.0	7.8	<b>0.3</b>
	VIH	3.2	2.4	1.7	<b>0.5</b>
KANKAN	SYPHILIS	1.4	0.7	4.6	<b>2.3</b>
	VIH	1.5	0.9	3.1	<b>2.8</b>
CONAKRY	SYPHILIS	1.7	2.1	2.2	<b>0.6</b>
	VIH	4.2	5.7	4.3	<b>3.2</b>



## IV.6.1. Au niveau Pays :

Au regard des résultats obtenus au fil des ans sous la surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis (2004 à 2018), il apparaît une tendance évolutive régressive de la prévalence médiane du VIH de 2004 à 2018 avec un pic au départ de l'ENSS en 2004 (voir graphique 1). La Syphilis a des prévalences moins élevées que le VIH tout au long de la période considérée mais l'allure générale est la même avec une tendance régressive mais aussi avec un pic constaté en 2015 où les deux phénomènes (VIH et Syphilis) ont connu les taux les plus élevés soit 2.1 pour la Syphilis et 3.5 pour le VIH.

**Graphique 2 : Evolution de la prévalence du VIH et de la Syphilis de 2004 à 2018 dans le pays :**

#### IV.6.2. Au niveau des Régions :

##### IV.6.2.1. Tendance évolutive de l'épidémie du VIH :

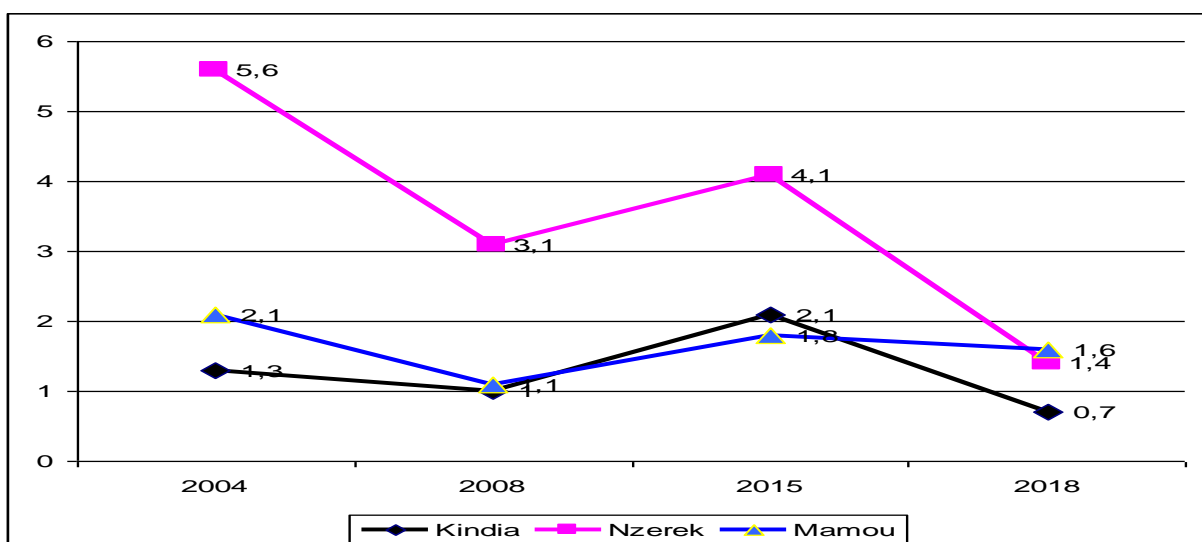
En ce qui concerne, les allures générales de l'épidémie sont différemment variées, pour le VIH la tendance évolutive est d'une manière générale régressive pour les régions de :

**Kindia :** qui au départ en 2004 a enregistré une prévalence de 2.8 et à présent une prévalence de 1.0 mais avec un pic très marqué de 4.1 en 2008 (Graphique 3) ;

**Nzérékoré :** qui pendant cette dernière enquête a une prévalence de 1.4, une réelle chute comparée aux précédentes prévalences de plus de 3%. Jusque là, en dehors de la capitale l'épidémie du VIH était plus ample dans cette région du sud du pays (Graphique 3);

**Mamou :** a l'exception de l'année 2004 où la prévalence de départ en surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis, cette région enregistre au fil des enquêtes des prévalences autour de 1% (Graphique 3);

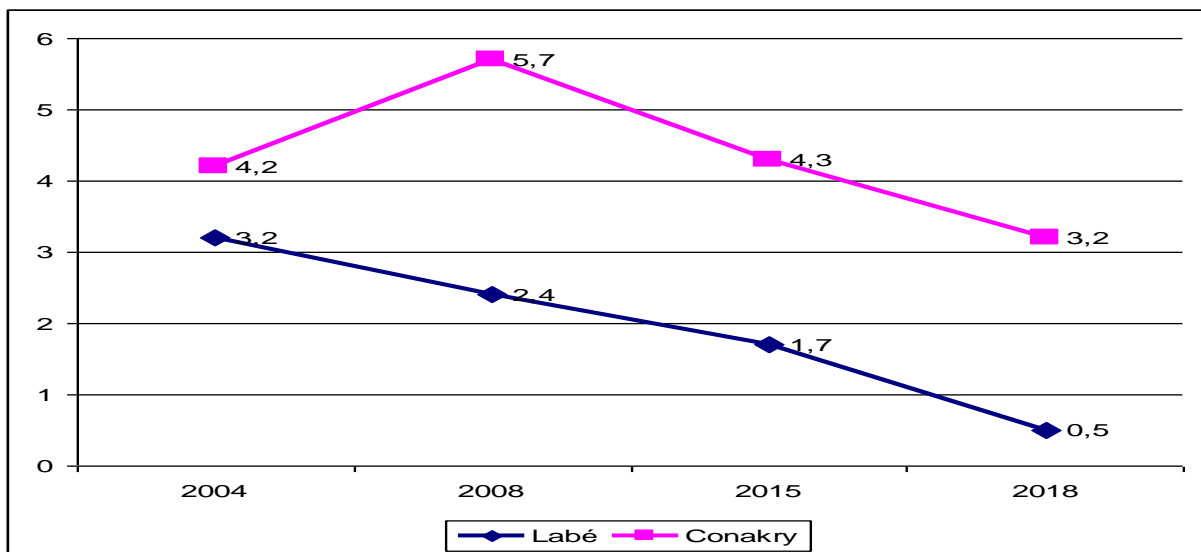
#### **Graphique 3 : Evolution de la prévalence du VIH de 2004 à 2018 dans les régions de Kindia, Nzérékoré et Mamou :**



**Labé** ; la plus faible prévalence résultante de cette dernière enquête est enregistrée dans cette région soit 0.5, ce qui est une chute comparée aux prévalences précédentes de 1.7 en 2015, 2.4 en 2008 et surtout de 3.2 en 2004 (Graphique 4);

**Conakry** : généralement la capitale a la plus grande ampleur du phénomène épidémique ; néanmoins son allure générale est régressive avec un pic très marqué de 5.7 en 2008 (Graphique 4).

**Graphique 4 : Evolution de la prévalence du VIH de 2004 à 2018 dans les régions de Labé et Conakry :**



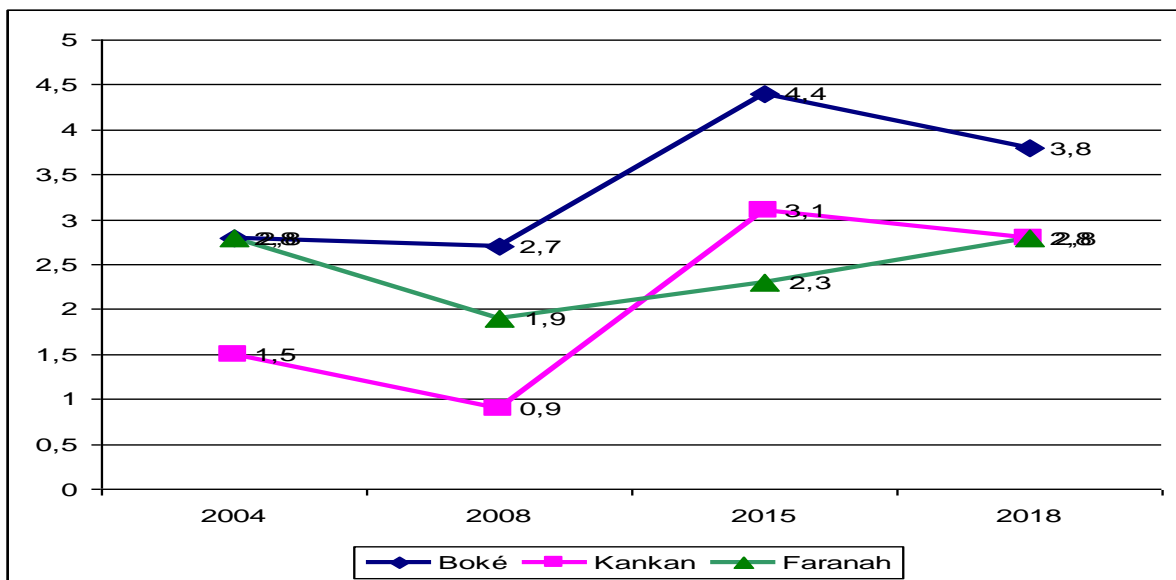
Par contre l'allure générale de l'épidémie est dans une certaine mesure progressive dans les régions de :

**Boké** : au départ cette région a enregistré une prévalence de 2.8 contre 3.8 lors de cette dernière enquête et avec un pic non moindre de 4.4 en 2015 (Graphique 5);

**Kankan** : au départ de l'enquête de surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis en Guinée, cette région avait la plus faible prévalence soit 1.5 puis 0.9 en 2008 mais enregistre à présent une prévalence de 2.8 et un pic de 3.1 en 2015 (Graphique 5)

En outre la tendance évolutive de l'épidémie est quasi constante dans la région **Faranah**, une allure presque en plateau avec une prévalence de 2.8 en 2004, 2.8 aussi en 2018, de 2.3 en 2015 (Graphique 5).

**Graphique 5 : Evolution de la prévalence du VIH de 2004 à 2018 dans les régions de Boké, Kankan et Faranah :**



IV.6.2.2. Tendances évolutives de la Syphilis dans les régions :

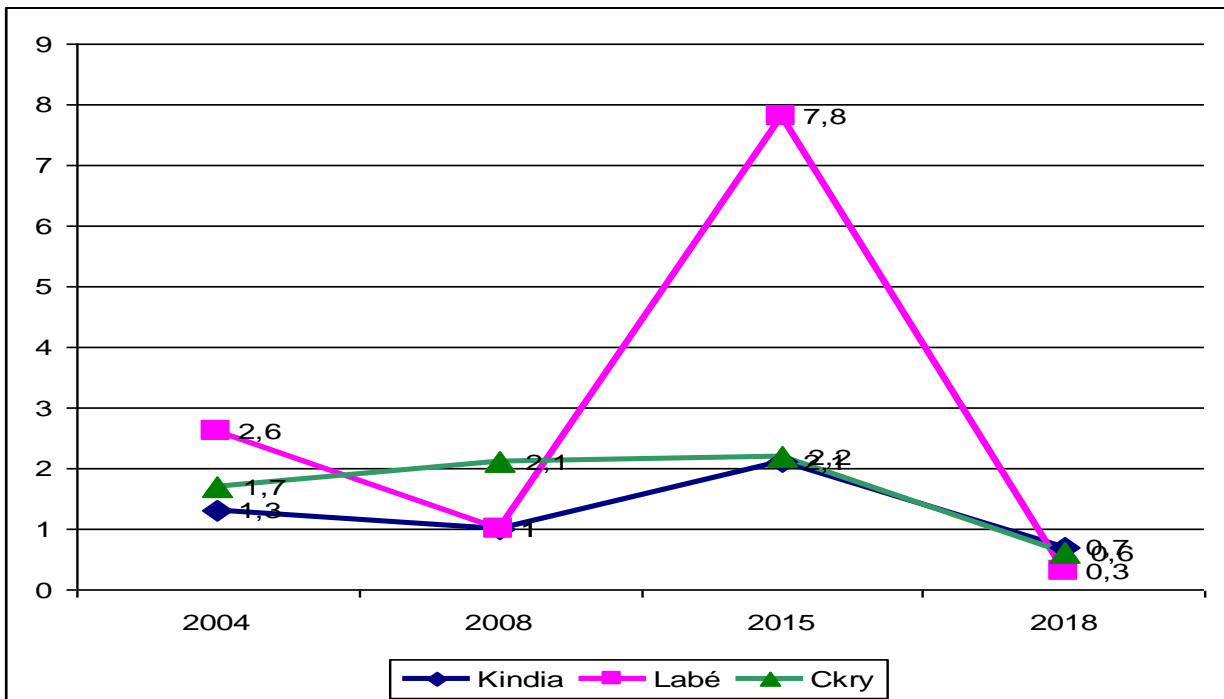
La tendance générale est dans une certaine mesure régressive dans les régions de :

**Kindia** : la région a enregistré sa plus faible prévalence durant cette ENSS soit 0.7, un pic de 2.1 est constaté en 2015 soit 2.1 alors que les précédentes prévalences sont autour de 1% entre 2004 et 2018 (Graphique 6) ;

**Labé** : la prévalence actuelle est de 0.5 soit la plus faible de la présente enquête mais la plus faible aussi de la région au fil du temps c'est-à-dire comparée aux prévalences de 2004 soit 2.6, de 2008 soit 1.8 et surtout le taux plus que préoccupant qui a été enregistré en 2015 soit 7.8 (Graphique 6) ;

**Conakry** : la capitale enregistre sa plus faible prévalence pendant cette enquête soit 0.6 après celles des deux dernières enquêtes qui oscillent autour de 2% et celle de la première ENSS qui se situe à 1.7 (Graphique 6);

**Graphique 6 : Evolution de la prévalence de la Syphilis de 2004 à 2018 dans les régions de Kindia, Labé et Conakry :**



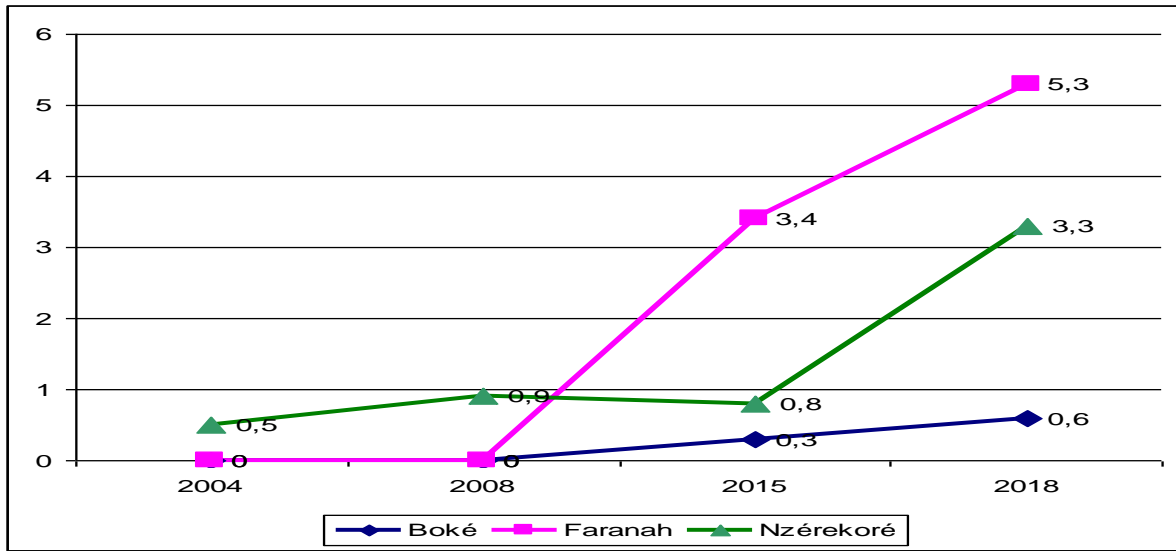
Cependant, l'allure générale de la tendance évolutive est dans une certaine mesure progressive dans les régions de :

**Boké** : la région était « indemne » de Syphilis lors des deux premières ENSS (2004 et 2008) soit 0% puis 0.3 en 2015 et 0.6 en 2018, une allure néanmoins peu progressive (Graphique 7) ;

**Faranah** : cette région aussi avait enregistrée des prévalences de zéro cas pendant les deux premières ENSS, puis 3.4 en 2015 et surtout 5.3 durant cette dernière ENSS, cette allure est très ascendante (Graphique 7) ;

**Nzérékoré** : les précédentes prévalences étaient respectivement de 0.5 en 2004, 0.9 en 2008 et 0.8 en 2015, et puis vint ENSS 2018 avec une prévalence de 3.3 (Graphique 7) ;

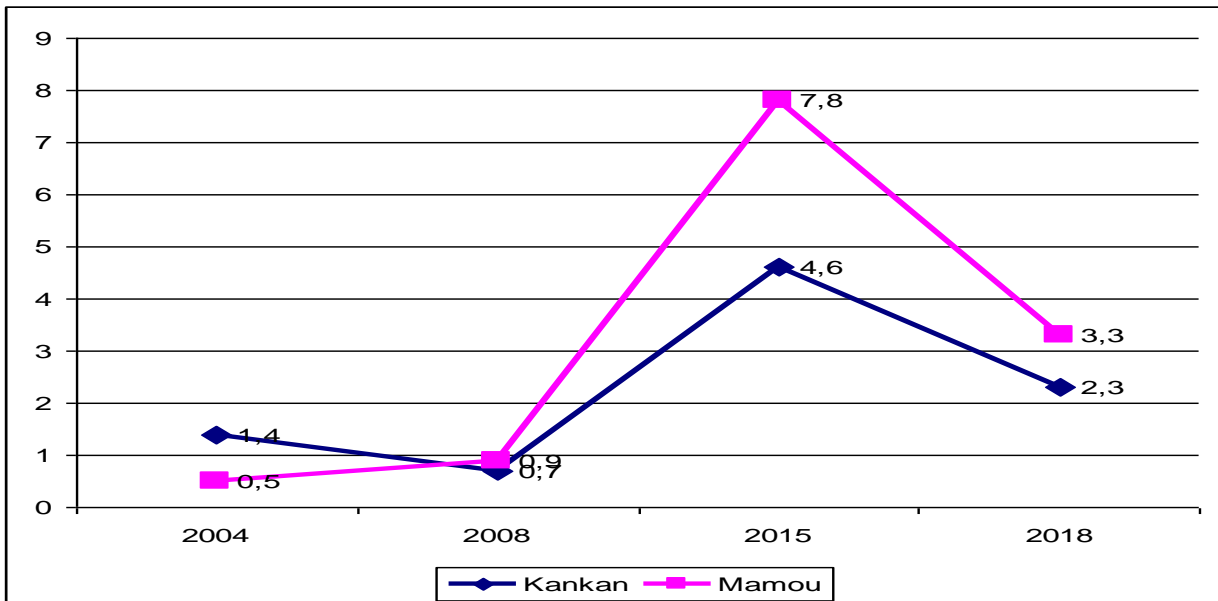
**Graphique 7 : Evolution de la prévalence de la Syphilis de 2004 à 2018 dans les régions de Boké, Faranah et N’Nzérékoré :**



**Kankan** : la première prévalence était de 1.4 contre 2.3 à la présente enquête, l'allure générale est progressive bien qu'il y ait eu une régression entre 2015 (où la prévalence était de 4.6) et 2018 (Graphique 8);

**Mamou** : la région enregistré un pic très inquiétant selon les résultats de l'ENSS 2015 de 7.8 puis une chute en decrescendo jusqu'à 3.3 pendant la présente enquête mais des prévalences qui contrastent considérablement avec les deux ENSS de 2004 et de 2008 soit respectivement 0.5 et 0.9 ; la tendance générale est progressive (Graphique 8).

### **Graphique 8 : Evolution de la prévalence de la Syphilis de 2004 à 2018 dans les régions de Kankan et Mamou :**



#### V. Conclusions :

D'un concept universel ; le but d'une l'Enquête Nationale de Surveillance Sentinelle a pour but fondamental de déterminer les prévalences instantanées du VIH et de la Syphilis. Elle doit normalement se tenir à des périodes rapprochées et intégrées dans les paquets d'activités des CS pour un meilleur suivi et une meilleure intervention de lutte contre le VIH/Sida.

Les résultats de l'ENSS/2018 donnent une prévalence médiane nationale de 1.9 pour le VIH et de 0.7 pour la syphilis. Les prévalences médianes antérieures de VIH étaient respectivement de 2.8 en 2004, 2.5 en 2008 et de 3.5 en 2015 alors que celles de la Syphilis étaient respectivement de 1.3, 1.0 et 2.1 dans les mêmes années.

D'une manière générale l'on note une certaine baisse des prévalences médianes (VIH et Syphilis) au niveau national.

En outre, elle nous fournit des informations pour les planifications futures pour aider différents Ministères dont le Plan, la Promotion Féminine... et évidemment le Ministère de la Santé à entreprendre des

solutions au regard de certains constats. Par exemple, cette enquête montre que la prévalence du VIH est plus élevée chez les jeunes femmes qui se sont mariées avant 18 ans, ce qui relance le débat de la problématique du mariage précoce en Guinée.

Sur un autre plan, l'enquête démontre que la prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes non scolarisées, ceci pourrait être lié à leur niveau d'instruction dans les connaissances et pratiques de prévention et de positions de faiblesse dans certaines prises de décisions.

Toutefois, l'enquête démontre contrairement à l'enquête de 2008 par exemple que le lieu de résidence des femmes (rural et urbain) n'influence pas la prévalence du VIH.

L'enquête fait apparaître une grande infection à la Syphilis en milieu rural dont la prévalence est plus élevée chez les femmes en milieu urbain.

## VI. Recommandons :

A l'issue de l'enquête, nous recommandons :

L'accentuation d'une synergie d'action entre différents Ministères dans les activités de lutte contre les IST/VIH/Sida notamment la mise en œuvre des mesures de prévention en milieu communautaire

- L'intensification des activités de prévention/sensibilisation dans les nouveaux foyers de haute prévalence
- La mise en place d'un système national intégré de surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis ;
- La poursuite à une fréquence annuelle de l'activité de surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis, dans l'espace et dans le temps pour un meilleur suivi de l'épidémie.
- L'appropriation et l'exploitation des résultats de l'ENSS/2018 pour des besoins de recherches et de planification.



## ANNEXES

N°	Centre de santé	Population totale du Centre de santé	Femmes enceintes attendues	Proportion (%)	Taille requise	Milieu de résidence
<b>1</b>	Cs Boulbinet	13208	594	6,35%	102	Urbain
<b>2</b>	Cs Madina	30010	1350	14,43%	232	Urbain
<b>3</b>	Cs Wanidara	59901	2696	28,81%	464	Urbain
<b>4</b>	Cs Gbessia Port	34250	1541	16,47%	265	Urbain
<b>5</b>	Cs Dixinn	70543	3174	33,93%	546	Urbain
<b>Total région de Conakry</b>		207912	9356	100,00%	1 609	
<b>6</b>	Cs manquepas	62785	2825	49,51%	612	Urbain
<b>7</b>	Cs Friguiagbé	36033	1621	28,41%	351	Rural
<b>8</b>	Cs Mambia	27999	1260	22,08%	273	Rural
<b>Total région de Kindia</b>		126817	5707	100,00%	1 237	
<b>9</b>	Cs Gonia	37300	1679	36,63%	561	Urbain
<b>10</b>	Cs Goueké	19952	898	19,60%	300	Rural
<b>11</b>	Cs Koulet	20224	910	19,86%	304	Rural
<b>12</b>	Cs Beyla Centre*	24342	1095	23,91%	366	Urbain
<b>Total région de N'Zérékoré</b>		101818	4582	100,00%	1 532	
<b>13</b>	Cs Dibia	45985	2069	20,01%	324	Urbain
<b>14</b>	Cs Kolaboui	60325	2715	26,26%	425	Rural
<b>15</b>	Cs Kamsar	80331	3615	34,96%	566	Rural
<b>16</b>	Cs Sabendè (Fria)	43114	1940	18,77%	304	Urbain

## ANNEXE II : ESIMATION DE TEMPS DE L'ENQUETE PAR CS :

<b>Centres de santé</b>	<b>Nombre de Jour\$ retenus</b>	<b>Statut</b>
Cs Boulbinet	30	Urbain
CS Madina	30	Urbain
CS Wanidara	40	Urbain
CS Gbessia Port 1	21	Urbain
CS Dixinn	40	Urbain
<b>CONAKRY</b>		
Cs manquepas	30	Urbain
Cs Friguiagbé	30	Rural
Cs Mambia	30	Rural
<b>KINDIA</b>		
Cs Gonia	40	Urbain
Cs Goueké	40	Rural
Cs Koulet	40	Rural
Cs Beyla Centre*	40	Urbain
<b>NZEREKORE</b>		
Cs Dibia	21	Urbain
Cs Kolaboui	30	Rural
Cs Kamsar	21	Rural
Cs Sabendè (Fria)	30	Urbain
<b>BOKE</b>		
Cs Leysaré	21	Urbain
Cs Lafou	40	Rural

Cs Kouramangui	30	Rural
<b>LABE</b>		
Cs Abattoir	30	Urbain
Cs Sandénia	30	Rural
Cs Tiro	40	Rural
<b>FARANAH</b>		
Cs Poudrière	40	Urbain
Cs Konkouré	30	Rural
Cs Ourékaba	40	Rural
Cs Timbo	30	Rural
CSU Dabola	21	Urbain
<b>MAMOU</b>		
Cs Salamani	21	Urbain
Cs Batènafadji	21	Rural
Cs Missamana	21	Rural
Cs Siguiri koro *	21	Urbain
Cs Koron * Kintinian	21	Rural
<b>KANKAN</b>		

## ANNEXE III : Liste des Enquêteurs :

<b>N°</b>	<b>Noms &amp; Prénoms</b>	<b>Fonction</b>	<b>sites</b>	<b>Phone</b>
<b>Région de Boké</b>				
<b>1</b>	YATTARA Safiatou	CPN	C S Dibia	622 818 165
<b>2</b>	BALDE Thierno Boubacar	Biologiste	C S Dibia	622 818 020
<b>3</b>	SOUMAH Manka	Laboratin	C S Kolaboui	625 007 285
<b>4</b>	BANGOURA Mariam	CPN	C S Kolaboui	623 477 316
<b>5</b>	CAMARA Moussa Kindia	Biologiste	C S Kassopo	628 687 140
<b>6</b>	BARRY Fatoumata Binta	CPN	C S Kassopo	621 914 513
<b>7</b>	SYLLA Marie Juliette	Laboratin	C S Sabènde	622 063 909
<b>8</b>	SYLLA Idiatou	CPN	C S Sabènde	622 593 001
<b>9</b>	CAMARA Naba Sekou	Laboratin	H R Boké	628 296 136
<b>Region de kindia</b>				
<b>21</b>	DIALLO Ismatou	CPN	C S Manquepas	622 007 003
<b>22</b>	SOW Mamadou SEWO	Laboratin	C S Manquepas	625 832 227
<b>23</b>	SANGARE Sira	Laboratin	C S Mambia	621 067 170

<b>24</b>	DIALLO Nene	CPN	C S Mambia	620 682 165
<b>25</b>	DIALLO Idiatou Labico	CPN	C S Friguiagbe	622 400 254
<b>26</b>	Juliette LOUA	Laboratin	C S Friguiagbe	621 224 960
<b>27</b>	BARRY Mamadou Sadjo	Laboratin	H R Kindia	622 561 877

### **Région de labé**

<b>28</b>	BAH oumou Hawa	Agent ATS	C S Kouramangui	622 111 023
<b>29</b>	TELLIANO Andre	Laboratin	C S kouramangui	626 688 018
<b>30</b>	SAGNO Yowa	Laboratin	C S Lafou	628 534 258
<b>31</b>	DIALLO Mariama Dalanda	Âge CPN	C S Lafou	622 977 280
<b>32</b>	DIALLO Hadiatoulaye	Agent CPN	C S ley saare	622 367 651
<b>33</b>	BAH Fatoumata Binta	laboratin	C S ley saare	622 516 766
<b>34</b>	BALDE Aliou	laboratin	H R Labé	622 571 798

### **Région de Faranah**

<b>35</b>	TOURE Mariame	CPN	C S Sandenia	620 705 601
<b>36</b>	KOLIE Issac	Laboratin	C S Sandenia	623 706 949
<b>37</b>	THEA Agnès	CPN	C S Abattoire	627 414 180
<b>38</b>	CISSE Abdourahamane	Biologiste	C S Abattoirs	628 617 220

<b>39</b>	CAMARA M'mah	CPN	C S Tiro	625 580 720
<b>40</b>	DIALLO Mamadou Bno	Laboratin	C S Tiro	621 546 769
<b>41</b>	Hadja Bö Fanta CONDE	CPN	CSU Dabola	622 648 813
<b>42</b>	Mamy I ZAORO	Laboratin	CSU Dabola	622 040 517
<b>43</b>	TRAORE Mariame	Laborantine	H R Faranah	622 961 138

### **Region de Mamou**

<b>53</b>	DIALLO Mariama	CPN	C S Poudrière	622 472 293
<b>54</b>	CAMARA Mamadou Diaka	Laboratin	C S Poudrière	623 464 248
<b>55</b>	YANSANE Mariama	CPN	C S Konkouré	628 195 638
<b>56</b>	SOW Ismael	Laboratin	C S Konkouré	621 760 842
<b>57</b>	BAH Fatouma	CPN	C S Ourékaba	628 961 632
<b>58</b>	CAMARA Issa	Laboratin	C S Ourékaba	621 339 346
<b>59</b>	CAMARA Fatoumata	CPN	C S Timbo	628 503 840
<b>60</b>	DIOUBATE Aboubacar	Laboratin	C S Timbo	622 257 802
<b>61</b>	FOFANA Ibrahima	Laboratin	H R Mamou	628 019 453

### **Région de Kankan**

<b>62</b>	KOUROUMA Fanta	CPN	C S Salamani	628 029 855
<b>63</b>	NABE Laye	Laboratin	C S Salamani	622 480 260

<b>64</b>	KEITA Nankandia	CPN	C S Batènafadji	628 165 661
<b>65</b>	KOUROUMA Djéné	Laboratin	C S Batènafadji	625 389 376
<b>66</b>	SOUMAHORO Sylvie	CPN	C S Missamana	622 066 401
<b>67</b>	BARRY Mamadou Aliou	Laboratin	C S Missamana	621 334 950
<b>68</b>	MAGASSOUBA Tenin	CPN	C S Siguiri koro	622 447 619
<b>69</b>	NABE Lansana	Laboratin	C S Siguiri koro	628 048 570
<b>70</b>	CARAMA Bintou	CPN	C S Koron	622 504 981
<b>71</b>	KONATE Monson	Laboratin	C S Koron	622 531 749
<b>72</b>	CAMARA ISSA	Laboratin	H R kankan	628 139 751

### **Région de Conakry**

<b>10</b>	TOURE Alpha	Laboratin	C S Gbéssia p1	
<b>11</b>	CONDE Kouro	CPN	C S Gbéssia p1	628 296 795
<b>12</b>	SACHO Abdoulaye	Laboratin	C S Madina	623 962 062
<b>13</b>	CAMARA Hadja Fatoumata	CPN	C S Madina	622 384 199
<b>14</b>	DIALLO Salimatou	Laboratine	C S Dixinn	622 050 137
<b>15</b>	KEITA Fatoumata	CPN	C S Dixinn	628 252 421
<b>16</b>	TOKPANE Lucie N	CPN	C S Wanidara	628 174 321
<b>17</b>	BAH Maimouna	Laboratine	C S Wanidara	622 341 763
<b>18</b>	BAH Fatoumata	CPN	C S Boulbinet	622 266 639



<b>19</b>	CAMARA Ismael	Laboratin	C S Boulbinet	621 472 638
<b>20</b>	DIALLO Penda Maladho	Laboratin	LNR	622 293 333
<b>Region de N'Zérékoré</b>				
<b>44</b>	KOUROUMA Justine	ATS	C S diakolidou	622 258 596
<b>45</b>	DORE Makonké	Biologiste	C S diakolidou	620 001 439
<b>46</b>	TOPKA Foromo kpoghomou	Laboratin	C S U Gonia	628 269 635
<b>47</b>	GOULE Helène	CPN	C S U Gonia	620 643 179
<b>48</b>	KOLIE Jeannette	Biologiste	C S A Gouéké	662 977 136
<b>49</b>	LOUA Pola	CPN	C S A Gouéké	622 189 516
<b>50</b>	TONGUINO Madeleine Finda	Sage Femme	C S A Koulé	623 421 899
<b>51</b>	DUONAMOU Moryba	Biologiste	C S A Koulé	620 146 348
<b>52</b>	SIDIBE Youssouf	Biologiste	H R N'Zérékoré	622 927 272

ANNEXE IV : ENQUETE NATIONALE DE SURVEILLANCE SENTINELLE DU  
VIH ET SYPHILIS 2018

**FICHE DE RESULTAT DE LA SYPHILIS**

CODE :...../...../

REGION	CENTRE DE SANTE	AGE	RESULTAT RPR
NUMERO DE SERIE	NUMERO D'ENREGISTREMENT ET INITIALES DE LA FEMME		

DATE.....

RESPONSABLE DE LA CPN

## ANNEXE IV : GUIDE DE REMPLISSAGE DE LA FICHE DE RESULTAT DEPISTAGE SYPHILIS

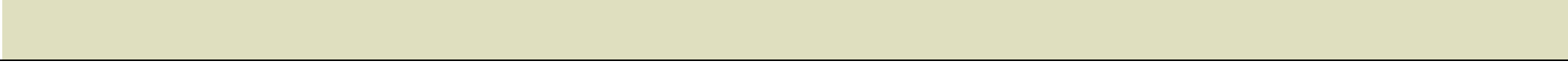
1. **Centre de Santé :** inscrire le nom du centre de santé fournissant les prestations en lettres alphabétiques ;
2. **Code :** inscrire en premier lieu le code de la région et en deuxième lieu le code du Centre de santé ;
3. **Numéro de série :** ce numéro suit l'ordre chronologique dans l'enregistrement des femmes enceintes par exemple 001, 002, 003.
4. **Numéro d'enregistrement et initiales de la femme :** inscrire à ce niveau le numéro CPN de la femme et les initiales de son nom et prénom par exemple 034KT (KT pour Kadiatou Tolno) ;
5. **Age :** inscrire l'âge de la femme en années révolues ;
6. **Résultat RPR :** inscrire le résultat du test de syphilis RPR soit POS pour sérum positif et NEG pour sérum négatif.

ANNEXE V : FICHE DE SURVEILLANCE DE L'ÉPIDÉMIE 2018

CODE :...../...../

REGION      CENTRE SANTE

N° Série	Age	Statut matrimonial	Si marié,coépouse? Oui=1 Non= 2	Age au premier mariage	Temps écoulé depuis la dernière naissance (vivante ou non)	Religion	Niveau instruction	Profession de la femme (occupation)	Profession du procréateur	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	



## ANNEXE : V Guide de l'enquêteur : fiche de surveillance de l'épidémie

Ce guide donne des indications pour permettre un remplissage correct de la fiche de surveillance.

Cette fiche comporte 18 colonnes et dix lignes et sera utilisée dans les centres de santé et les laboratoires régionaux des sites de surveillance.

Elle doit être remplie ligne par ligne et colonne par colonne pour toutes les femmes enceintes fréquentant le centre de santé et qui n'a pas fait l'objet d'un prélèvement de sang pour l'enquête de séro surveillance.

Chaque femme incluse sera prise en compte qu'une seule fois pendant la durée de l'enquête.

Comment remplir la fiche ?

Code : comprend 2 casiers

- Premier casier : code de la région
- deuxième casier : code du Centre de Santé

**CODES DES REGIONS :**

Conakry = 1

Kankan = 2

Labé = 3

Mamou = 4

N'zérekoré	=	5
Faranah	=	6
Kindia	=	7
Boké	=	8

### **CODES DES CENTRES DE SANTE :**

#### **Centres de santé de Conakry :**

CSU de Boulbinet	=	1
CSU de Dixinn	=	2
CSU de Gbessia port	=	3
CSU de Madina	=	4
CSU de Wanidara	=	5

#### **Centres de santé de Kankan :**

CS de Baténafadji	=	1
CS de Missamana	=	2
CSU de Salamani	=	3
CS Koron	=	4
CS Siguiri Koro	=	5

#### **Centres de santé de Labé :**

CS de Kouramangui	=	1
CS de Lafou	=	2
CSU de Ley saré	=	3

#### **Centres de santé de Mamou :**

CS de Konkouré	=	1
CS de Ourékaba	=	2
CSU de la Poudrière	=	3

CS de Timbo = 4

Centres de santé de N'Zérékoré :

CSU de Gonia = 1

CS de Gouecké = 2

CS de Koulé = 3

CS Beyla = 4

Centres de Santé de Faranah

CSU Abattoir = 1

CS Sandenia = 2

CS Missamana = 3

CS Dabola = 4

Centres de Santé de Kindia

CSU Manquepas = 1

CS Friguiagbé = 2

CS Mambia = 3

Centres de santé de Boké

CSU Dibya = 1

CS Kolaboui = 2

CS Kamsar = 3

**NB : Pour chaque femme, remplir le tableau horizontalement  
c'est-à-dire de gauche à droite**



## COLONNE 1 à 12

Les 12 premières colonnes seront remplies au niveau périphérique par l'agent de santé (la sage-femme ou l'infirmier(e)) qui reçoit la femme.

### Colonne 1 : N° de série

Inscrire le numéro d'enregistrement en 3 chiffres. Ecrire :

001 pour la toute première femme incluse dans l'étude dans votre centre de santé

002 pour la deuxième femme

010 pour la dixième

120 pour la cent vingtième ainsi de suite jusqu'à la fin de l'enquête

Le dernier numéro de série doit correspondre à la dernière femme que vous recevez dans le cadre de l'étude donc à la fin de l'enquête.

### Colonne 2 : Age

Inscrire l'âge de la femme en année révolue.

### Colonne 3 : Statut matrimonial

Ecrire M pour mariée, C pour célibataire, D pour divorcée, V pour veuve, S pour séparée.

Mariée : implique une cérémonie civile, religieuse ou coutumière mais aussi une union libre où l'homme et la femme vivent ensemble et se considèrent comme étant marié.

Célibataire : femme n'ayant pas encore contracté le mariage défini ci-dessus .

Divorcée : femme ayant été mariée mais dont les liens de mariage comme défini ci-dessus sont dissous

**Veuve** : femme dont le conjoint est mort.

**Séparée** : conjoints toujours unis par le lien de mariage mais ne vivant plus ensemble depuis au moins douze mois.

**Colonne 4** : Si mariée, coépouses ?

Ecrire Oui, si la femme a une ou plusieurs coépouses et Non si elle n'a pas de coépouse.

**Colonne 5** : Age au premier mariage

Inscrire en années, l'âge auquel la femme s'est mariée.

**NB** : pour celles qui se sont remariées, c'est l'âge du premier mariage qu'il faut écrire dans cette colonne

**Colonne 6** : Temps écoulé depuis la dernière naissance

Mettre en année le temps écoulé depuis le dernier accouchement correspond à l'âge du dernier enfant en année.

**NB** : Si dernier enfant a moins d'un an, écrire « 00 »

Si femme primipare, écrire « NA »

**Colonne 7** : Religion

Ecrire la religion pratiquée par la femme : musulmane, protestante, chrétienne, témoin de Jéhovah, animiste, autre, aucune

**Colonne 8** : Niveau d'instruction

Correspond au niveau scolaire. Ecrire,

Aucun si la femme n'a jamais été à l'école ou non alphabétisée

ALP si la femme est alphabétisée

PRI si la femme a fait l'école primaire quel que soit la classe

SEC si la femme est allée à l'école jusqu'au cours secondaire

SUP si la femme a fait des études supérieures (études universitaires après le baccalauréat)

**Colonne 9 : Profession**

Inscrire l'occupation de la femme : ménage, cultivatrice, commerçante, couturière, agent de sécurité, personnel de santé, artiste etc.

**Colonne 10 : Profession du procréateur**

Inscrire l'occupation de l'auteur de la grossesse

**Colonne 11 : Résidence habituelle**

Inscrire le nom de la localité où vit habituellement la femme (commune ou sous préfecture si la femme vit dans une sous préfecture autre que celle où se trouve la maternité)

**Colonne 12 : Prélèvement fait**

Ecrire « oui » si prélèvement fait « Non » si le prélèvement n'a pas été fait

**Colonnes 13 à 18**

NB : Ces cinq dernières colonnes seront remplies au niveau des laboratoires par les techniciens de laboratoire

**Colonne 13 : Labo RPR**

Reporter le résultat du RPR pour tous les échantillons

**Colonne 14 : Labo TPHA**

Reporter le résultat du TPHA uniquement pour les échantillons positif au PRR (confirmation)

**Colonne 15 : Résultat du 1<sup>er</sup> test rapide anti VIH****Colonne 16 : Labo 2<sup>ème</sup> test rapide anti VIH**

Reporter le résultat du test rapide uniquement pour échantillons positifs au 1<sup>er</sup> test rapide anti VIH (confirmation)

**Colonne 17 : Résultat définitif du diagnostic de l'infection à VIH**

## Annexe VI Fiche individuelle de collecte

**Enquête Nationale de surveillance Sentinelle du VIH et de la Syphilis chez les  
enceintes, Guinée 2018.**
**FICHE DE CONSENTEMENT**

N°

Nom de site \_\_\_\_\_ Numéro d'identification \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_

N°Fiche    N°Site    Region

**Introduction**

Mon nom est ... Je travaille pour le Comité National de Lutte Contre le Sida en collaboration avec le Ministère de la Santé. Nous sommes en train d'interroger les femmes enceintes venues en consultation prénatale (CPN) dans ce centre de santé afin de comprendre ce qu'elles pensent au sujet des maladies qu'on peut attraper lors des rapports sexuels : il s'agit des maladies sexuellement transmissibles par exemple la syphilis, le VIH/sida. *Au cours des jours ou des semaines passés, vous a-t-on posé des questions à ce sujet ?*

***Si la répondante a déjà été interrogée par cette enquête, il ne faut pas la questionner à nouveau. Dites-la que vous ne pouvez pas l'interroger pour la deuxième fois. Remerciez-la et mettez fin à l'entrevue. Si elle n'a pas été enquêtée avant, continuez l'interview.***

**Confidentialité et Consentement**

J'aimerais vous poser quelques questions. Quelques-unes sont très intimes et sont des fois difficiles à répondre. Vos réponses seront strictement tenues confidentielles. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire et aucune corrélation ne pourra être faite entre ce que vous me dites et votre nom. Vous n'êtes pas obligée de répondre à une question à laquelle vous ne voulez pas répondre. Vous pouvez arrêter de répondre aux questions à tout moment. Votre participation est volontaire. Nous vous prions de répondre honnêtement aux questions afin de nous aider à mieux comprendre ce que les femmes enceintes pensent, disent et font au sujet de certains comportements. Nous apprécions beaucoup l'aide que vous pourriez nous apporter en répondant aux questions de cette étude. L'interview durera quelques minutes. A la fin de l'interview, nous allons prendre un peu votre sang pour des analyses qui seront gratuits. Si vous avez la syphilis, nous allons vous traiter gratuitement ainsi que votre époux ou partenaire. Acceptez-vous de participer à cette enquête ?

**Je certifie que l'enquêtée a été informée de la nature, du but de l'étude et qu'elle a donné un consentement verbal pour participer dans cette enquête.**

Nom de l'enquêteur \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**REPUBLIQUE DE GUINEE**

*Travail-Justice-Solidarité*

\*\*\*

**Ministère de la Santé et de l'Hygiène  
Publique**

**Comité National de Lutte contre le Sida**

**SECRETARIAT EXECUTIF**

Programme National de Prise en Charge  
Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/Sida  
(PNPCSP)

**Enquête Nationale de Surveillance du VIH et de la Syphilis chez les femmes  
enceintes en consultation prénatale dans les sites sentinelles - Guinée, 2018**

**FICHE INDIVIDUELLE DE COLLECTE DES DONNEES**

**Site** \_\_\_\_\_ **Région** \_\_\_\_\_ **District** \_\_\_\_\_

**Données Démographique**

**Code unique d'identification du site:**

**N°Fiche N°site Region**

**Date de Consultation** (jour, mois année): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Age (année)

**Lieu de résidence :** 1.  Urbain 2.  Rural 88.  Inconnu

**Statut matrimonial :**

1. Célibataire  
 2. Mariée, Type:  Monogame  Polygame  
 3. Divorcé  
 4. Veuve  
 5. Union libre  
 6. Autre, préciser \_\_\_\_\_

**Age au premier mariage (année)**

**Niveau d'instruction atteint :**

- 1- Pas scolarisée  
 2- Primaire  
 3- Secondaire  
 4- Supérieur  
 5. Autre, précisez \_\_\_\_\_

**Occupation de la femme (principale) :**

- 1- Fonctionnaire                      5- Employé  de maison  
 2- Policier/militaire                6- Ouvrier non  qualifié  
 3- Elève/Étudiant                    7- Ménagère   
 4- Agriculteur                        8- Autre, précisez \_\_\_\_\_

**Antécédents obstétricaux**Age à la première grossesse Nombre total de grossesse, y compris grossesse actuelle Nombre total de naissances vivantes **Connaissances, Attitudes et pratiques**Avez-vous entendu parler du VIH/sida ? 1-Oui  2-Non 

Comment se transmet le VIH d'une personne à une autre ?

- 1-Rapport sexuel non protégé  
 2-Transfusion sang infecté  
 3-Blessure avec objet tranchant ou piquant souillé  
 4-Transmission mère –enfant  
 5-Piqûre de moustique  
 6-Manger avec une personne infectée par le VIH  
 7-Autre, préciser \_\_\_\_\_

Une femme enceinte infectée par le VIH, peut-elle transmettre le virus à son enfant ?

1-Oui      2-Non   
 88-Ne ne sait pas    99-Pas de réponse

Que peut faire une femme enceinte, qui a le VIH/Sida, pour réduire le risque de transmettre le virus à son enfant ? **Cocher les réponses correspondantes**

- a) Prendre des médicaments    1-**Oui**       2-non   
b) Ne pas allaiter au sein    1-**Oui**       2-non   
c) Ne sais pas      **88**        
d) Non-réponse      99        
e) Autre \_\_\_\_\_

Une femme infectée par le VIH, peut-elle transmettre le virus à son nouveau -né par l'allaitement au sein ?

1-Oui       2-Non   
 88-Ne ne sait pas    99-Pas de réponse

**Sérologie**

	<b>Résultat:</b> <b>Négatif=1 et positif=2</b>	<b>Type VIH</b> <b>(1, 2 et 1+2)</b>
<b>DEPISTAGE VIH (Détermine)</b>		
<b>Date :</b> ___/___/___/		
<b>Test de confirmation VIH</b>		
	<b>Résultat:</b> <b>Négatif=1 et positif=2</b>	
<b>DEPISTAGE Syphilis (RPR)</b>		
<b>Date :</b> ___/___/___/		
<b>Test de confirmation TPHA</b>		