

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail - Justice - Solidarité



MINISTRE DE LA SANTE



**PLAN D'ACCELERATION DE LA PRISE EN
CHARGE PEDIATRIQUE DU VIH EN GUINEE
2017-2020**

Mars 2017

Table de matières

Table de matières.....	ii
Liste des Tableaux	iv
Liste des Figures	iv
Liste des Encadrés.....	iv
Avant-propos	v
Remerciements.....	vi
Liste des acronymes et des abréviations	vii
Résumé	viii
CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET PROFIL PAYS.....	1
1.1 . Contexte.....	3
1.2 Profil pays.....	4
CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE	3
2.1 Justification	6
2.2 . But, Objectif général et Objectifs spécifiques.....	7
2.3 . Processus d'élaboration du plan	7
2.4 . Collecte des données	7
2.5 . Analyse des données.....	8
CHAPITRE 3 : ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH CHEZ L'ENFANT EN GUINEE	9
3.1 . Organisation du système de santé.....	9
3.2 Epidémiologie du VIH.....	10
3.3 . Réponse Pays au VIH pédiatrique	11
3.3.1 PTME	11
3.3.2 Dépistage et conseil du VIH	13
3.3.3 Initiation de la trithérapie antirétrovirale.....	13
3.3.4 Rétention aux soins.....	15
3.4 Analyse des goulots d'étranglement de la prise en charge pédiatrique du VIH.....	15
CHAPITRE 4 : INTERVENTIONS STRATEGIQUES POUR L'ACCELERATION DE LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DU VIH.....	20
4.1 Scénarii d'accélération (lente, modérée, rapide)	21
4.2 Théorie de changement.....	21
4.3 Interventions stratégiques.....	24
4.3.1 Renforcement du pilotage stratégique pour la PECP	24

4.3.2	Renforcement des capacités des services pour offrir des soins et services de prise en charge pédiatrique du VIH de qualité	27
4.3.3	Renforcement de la mobilisation communautaire pour la prise en charge pédiatrique de qualité	30
CHAPITRE 5 : ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS DANS LA MISE EN ŒUVRE ...		32
5.1	Le PNPCSP et les Directions techniques du Ministère de la santé.....	35
5.2	Société civile.....	35
5.3	Formations sanitaires publiques et privées	35
5.4	Prestataires de soins	36
5.5	Familles	36
5.6	Partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux	36
CHAPITRE 6 : SUIVI EVALUATION		35
6.1	Collecte des données et circuit d'information.....	39
6.1.1	Données à collecter.....	39
6.1.2	Responsabilités, types de rapports et délais par niveau du SNIS	43
6.1.3	Circuit d'information.....	43
6.2	Indicateurs de suivi évaluation	45
6.3	Mise en œuvre du suivi-évaluation.....	46
CHAPITRE 7 : BUDGET		47
7.1	Répartition des dépenses par axe et intervention	56
Références		58
Comité de rédaction		59

Liste des Tableaux

Tableau 1: Répartition géographique des infrastructures publiques de soins	9
Tableau 2 : Prévalence et contribution de groupes spécifiques aux nouvelles infections VIH en Guinée .	10
Tableau 3: Evolution des données programmatiques de la PTME en 2014 et 2015	12
Tableau 4: Analyse des goulots d'étranglements de la prise en charge du VIH chez l'enfant	16
Tableau 5: Données à collecter pour le dépistage.....	39
Tableau 6: Données à collecter pour la TARV.....	41
Tableau 7: Responsables et délai de transmission des rapports par niveau	43
Tableau 8: Liste des principaux indicateurs de suivi de la PECP	45

Liste des Figures

Figure 1: Carte de la République de Guinée	4
Figure 2: Evolution du nombre de nouvelles infections VIH chez les enfants de 0-15 ans en Guinée.....	6
Figure 3: Evolution du nombre de sites PTME de 2004-2014.....	12
Figure 4: Evolution du nombre d'enfants et d'adultes (15 ans et +) mis sous ARV de 2008 à 2016	14
Figure 5: Evolution de la couverture antirétrovirale chez les enfants et les adultes (15 ans et +) entre 2006 et 2016	15
Figure 6: Scénarii d'accélération de la couverture antirétrovirale chez les enfants de 0-15 ans.....	22
Figure 7: Théorie de changement de l'accélération de la prise en charge pédiatrique du VIH en Guinée	23
Figure 8: Matrice d'évaluation du statut sérologique de la fratrie du cas index adapté d'ICAP	29
Figure 9: Circuit de transmission des données de prise en charge du VIH à l'échelon supérieur	44
Figure 10: Fiche de suivi des taux de couverture en dépistage, initiation TARV et rétention.....	46

Liste des Encadrés

Encadré 1: Concept de pilotage stratégique (stewardship).....	24
Encadré 2: Etapes de la recherche action.....	26

Avant-propos

La santé du couple mère-enfant constitue pour la République de Guinée, une des priorités sanitaires. La prise en charge pédiatrique du VIH reste un défi pour le Ministère de la Santé et le Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH. Des analyses conduites en 2015 par la Chair de Pédiatrie de l'Université Gamal Abel Nasser montrent qu'il existe encore de nombreux goulots qui entravent la prise en charge optimale des enfants exposés au VIH. Ces goulots concernent l'environnement programmatique, l'offre des soins et services de santé ainsi que la qualité des soins offerts, la demande et l'utilisation de ces services.

Afin de lever ces goulots d'étranglement et d'améliorer la santé des enfants exposés au VIH, le Ministère de la Santé et ses partenaires ont développé un Plan d'Accélération de la Prise en Charge Pédiatrique du VIH d'ici à 2020 qui vise l'atteinte des objectifs mondiaux des trois 90-90-90 adoptés depuis 2014 sous l'orientation de l'ONUSIDA.

- Dépister au moins 90% des enfants de 0-15 ans infectés par le VIH d'ici 2020,
- Mettre au moins 90% des enfants infectés par le VIH dépistés sous TARV durable d'ici 2020,
- Atteindre une charge virale indétectable chez au moins 90% d'enfants infectés qui reçoivent la TARV en 2020.

Tenant compte du gap à combler pour offrir aux enfants exposés une prise en charge adéquate, le plan a été élaboré sur la base de ressources (humaines, logistiques) importantes à mobiliser suivant un modèle d'accélération rapide pour l'atteinte des cibles attendues.

Le gage de notre réussite passera certainement par le renforcement du pilotage stratégique à tous les niveaux de notre pyramide sanitaire, le renforcement des capacités des formations sanitaires à prendre en charge les enfants exposés mais aussi par le renforcement des capacités des communautés, des familles et des patients pour améliorer, soutenir la demande et l'utilisation des soins et services de santé.

Le Ministère de la Santé reste persuadé que par l'engagement de tous les départements impliqués et surtout celui de chacun d'entre nous (personnel soignant, agent de laboratoire, agent communautaire) ce pari sera transformé en un véritable succès à l'orée de 2020 pour une génération d'enfants guinéens sans sida, avec une qualité de vie et de santé améliorée.

Le Ministre de la Santé

Dr Abdourahmane DIALLO

Remerciements

Le Ministère de la Santé, le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) et le Programme National de Prise en Charge sanitaire et de Prévention des IST/VIH/sida (PNPCSP) tiennent à remercier tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce plan. Ces remerciements s'adressent en particulier :

- A l'UNICEF et à ses experts du bureau pays et du bureau régional pour leur appui technique et financier,
- Aux partenaires pour leur appui technique,
- Aux cadres guinéens qui ont participé aux différents ateliers et qui n'ont ménagé aucun effort pour l'enrichissement de ce document,
- Aux consultants International et National pour leur contribution de qualité tout le long du processus d'élaboration
- Aux personnes ressources nationales et étrangères qui ont participé à l'élaboration, la finalisation et à la validation de ce document.

Ils expriment enfin leur profonde gratitude à tous ceux qui ont consacré leur temps et leur attention pour permettre que ce document soit l'instrument indispensable pour accélérer la prise en charge pédiatrique du VIH en Guinée.

Le Coordonnateur National
PNPCSP

Dr Yousouf KOITA

Liste des acronymes et des abréviations

Acronyme	: Signification
AC	: Agent Communautaire
ARV	: Antirétroviral
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
CNLS	: Conseil National de Lutte contre le Sida
CPN	: Consultation Périnatale
CS	: Centre de Santé
DCS	: Direction Communale de la Santé
DHIS	: Plateforme d'Information Sanitaire du District de santé
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DSVCO	: Direction Sanitaire de la Ville de Conakry
ENSS	: Enquête Nationale de Surveillance Sentinelle
ESCOMB	: Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique
HN	: Hôpital National
HP	: Hôpital Préfectoral
HR	: Hôpital Régional
INSE	: Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant
MS	: Ministère de la Santé
MSF	: Médecins Sans Frontières
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Agence des Nations Unies pour la lutte contre le Sida
PECP	: Prise en Charge Pédiatrique du VIH
PF	: Planification Familiale
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNPCSP	: Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA
PS	: Poste de Santé
PTF	: Partenaire Technique et Financier
PTME	: Prévention de la Transmission Mère- Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience Acquise
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SRMNIA	: Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile et Adolescents
TARV	: Traitement Antirétroviral
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Résumé

En 2016, la prévalence du VIH chez les enfants de 0-15 ans était estimée à 0,24% soit 13842 enfants vivant avec le VIH. Parmi eux, seuls 2374 enfants (17%) étaient sous traitement antirétroviral. Le nombre de décès d'enfants dus au sida était estimé à 738 cas. Par ailleurs, plus de 1000 nouvelles infections sont enregistrées chaque année chez les enfants de 0-15 ans.

La Guinée a souscrit aux Objectifs mondiaux 90-90-90 adoptés en 2014 pour mettre fin à l'épidémie de sida. Ces objectifs visent notamment qu'en 2020 :

- 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique
- 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti-rétroviral durable
- 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée

Or il ne reste plus que 4 ans pour l'évaluation finale du niveau de réalisation de ces objectifs. Au regard de la faible couverture actuelle en traitement antirétroviral, il est judicieux de mettre en place des stratégies pour accélérer le dépistage, l'initiation du traitement antirétroviral et la rétention chez les enfants infectés par le VIH en Guinée.

Le présent plan comporte :

- L'approche méthodologique utilisée pour la rédaction du plan
- Le contexte et le profil pays
- L'état des lieux de la prise en charge du VIH chez les enfants de 0-15 ans y compris les goulots d'étranglement limitant la mise à échelle des interventions
- Les axes stratégiques et les activités pour l'accélération de la prise en charge pédiatrique du VIH
- Le rôle et les responsabilités majeurs des différents acteurs dans la mise en œuvre du plan
- Le suivi évaluation des activités

Le processus de rédaction du plan a été inclusif. Les acteurs impliqués dans la prise en charge du VIH chez les enfants – Personnes vivant avec le VIH, société civile, prestataires, gestionnaires de services, gestionnaires du Programme, partenaires techniques et financiers.

L'objectif général du plan est d'accélérer l'élimination du sida pédiatrique. Comme objectifs spécifiques, il s'agit de :

- Dépister au moins 90% des enfants de 0-15 ans infectés par le VIH EN 2020
- Mettre au moins 90% des enfants infectés par le VIH dépistés sous TARV durable EN 2020

- Atteindre une charge virale indétectable chez au moins 90% d'enfants infectés qui reçoivent la TARV en 2020.

Plusieurs goulots d'étranglement limitent aujourd'hui la mise à échelle des interventions. Ces goulots relèvent de l'environnement programmatique, de l'offre des soins et services de santé ainsi que de la qualité des soins, et enfin de la demande et de l'utilisation des services.

Concernant l'environnement programmatique, on note une faible diffusion des directives opérationnelles de prise en charge du VIH pédiatrique, l'insuffisance des ressources financières, la faible coordination des acteurs et des interventions et le faible leadership du Ministère de la Santé.

L'offre de soins est limitée par les ruptures en médicaments antirétroviraux et de lutte contre les infections opportunistes, en réactifs et consommables de laboratoire, en insuffisance qualitative et quantitative du personnel, et au sous-équipement des formations sanitaires. Par ailleurs, on note la faible intégration de la prise en charge pédiatrique dans les services de SRMNIA/PTME, la faible délégation des tâches, la faible décentralisation de la prise en charge dans les structures périphériques (Centres de santé voire Postes de santé) et la faible implication des communautés dans la mise en œuvre des activités. De même, le secteur privé est peu associé.

Concernant la demande et l'utilisation des services, les paiements limitent l'utilisation des services en général. La mobilisation sociale est insuffisante et se traduit par la faible connaissance des populations en matière de VIH et de prise en charge pédiatrique du VIH. Les associations communautaires sont peu impliquées dans le dépistage, l'initiation du traitement et la mise en œuvre des stratégies de rétention et de recherche des perdus de vue.

Le modèle d'accélération rapide a été retenu. Il Ce modèle repose sur l'hypothèse que les goulots d'étranglement identifiés seront rapidement levés à tous les niveaux du système. Il se base sur la volonté politique, l'engagement des gestionnaires du programme et de tous les acteurs (patients, prestataires, société civile, gestionnaires des services de santé, partenaires techniques et financiers) à délivrer des interventions à haut impact de lutte contre le VIH chez les enfants de 0-15 ans. La mise en œuvre effective des interventions permettra de couvrir rapidement les besoins des enfants. Toutefois, l'accroissement sera modéré en 2017 compte tenu du retard pris dans l'élaboration et la validation du plan de PECP du VIH (Mars-Avril 2017).

Ainsi, les couvertures de 36%, 72%, 82% et 90% seront atteintes en 2017, 2018, 2019 et 2020. Ceci correspond à 4927, 9714, 10881 et 11723 enfants de 0-15 ans infectés par le VIH sous TARV en 2017, 2018, 2019 et 2020.

Trois axes stratégiques ont été identifiés à savoir :

- Le renforcement du pilotage stratégique (*stewardship*) pour l'accélération rapide de la PECP du VIH à tous les niveaux

- Le renforcement des capacités des formations sanitaires pour le dépistage, le traitement ARV, les soins et le suivi des enfants VIH+
- Le renforcement des capacités des communautés, familles et patients pour améliorer et soutenir la demande et l'utilisation des soins et services de santé par les enfants infectés par le VIH.

Pour le renforcement du pilotage stratégique, il s'agit de :

- L'actualisation, la diffusion et l'application des directives pour le dépistage VIH, l'initiation du traitement antirétroviral et le suivi les enfants de 0-15 ans infectés par le VIH
- L'amélioration de la gestion et de la coordination des activités du programme
- La mobilisation accrue des ressources (financement)
- Le renforcement du suivi et évaluation des activités
- La mise en œuvre de la recherche action.

Le deuxième axe stratégique est le renforcement des capacités des services pour offrir des soins et services de prise en charge pédiatrique du VIH de qualité. Les interventions majeures sont :

- L'accélération de l'intégration des activités de prise en charge pédiatrique du VIH dans les services de SRMNIA/PTME
- Le renforcement du plateau technique des formations sanitaires (équipements ; médicaments ARV et médicaments de prise en charge des infections opportunistes, réactifs de laboratoire et consommables ; ressources humaines en qualité et en quantité)
- Le renforcement du dépistage des enfants infectés par le VIH
- La décentralisation de l'initiation du traitement antirétroviral, du suivi et de la rétention des enfants infectés par le VIH

Le troisième axe stratégique est le renforcement de la mobilisation communautaire pour la prise en charge pédiatrique de qualité du VIH. Les interventions majeures consistent en :

- Le renforcement de la communication et de la mobilisation sociale en faveur de la prise en charge pédiatrique du VIH
- La définition et la mise en œuvre du paquet de soins communautaires
- Le renforcement des capacités des médiateurs communautaires et des associations impliquées dans la lutte contre le VIH

Pour chaque intervention majeure, des activités spécifiques ont été décrites. Par ailleurs, les rôles et responsabilités majeures de chaque acteur ont été définis.

En termes de suivi et évaluation des activités, les données à collecter, les rôles et responsabilités de chaque niveau de soins, les indicateurs de suivi ont été décrits. Outre le suivi

des activités au travers des données routine, la recherche opérationnelle et des enquêtes seront effectuées. La recherche opérationnelle permet de mieux comprendre des défis opérationnels de mise en œuvre du plan pour apporter des solutions adaptées au contexte. Les enquêtes contribueront à renseigner des indicateurs d'impact et des indicateurs nécessitant un échantillon représentatif de la population telle que la prévalence du VIH chez les enfants.

Le budget global du plan est de **5 990 350 US\$**.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET PROFIL PAYS

1.1 . Contexte

La République de Guinée, pays d'Afrique Occidentale, de 245 857 km², est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest sur plus de 300 km de côte (Figure 1). Son climat est de type tropical alternant une saison pluvieuse et une saison sèche d'environ six mois chacune. La Guinée comprend quatre régions naturelles qui sont : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée forestière.

En 2014, la population guinéenne était de 10.628.972 d'habitants soit 43 habitants au km² (Ministère du Plan, 2014)¹ et atteindra 14 423 741 habitants en 2024. Les femmes représentent près de 52% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural (70%) presque exclusivement de l'agriculture et de l'élevage. La démographie est marquée par de fortes disparités régionales: Haute Guinée (24,9%), Basse Guinée (21,8%), Moyenne Guinée (19,3%), Guinée Forestière (18,3%) et la zone spéciale de Conakry (15,7%) de la population totale². La taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes.

Le taux brut de natalité était de 34‰ en 2012 avec un indice synthétique de fécondité de 5,1. Les taux brut de mortalité sont de 4,9 et 4,7 décès pour 1000 habitants chez les femmes et les hommes respectivement. L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans³.

La situation socioéconomique de la Guinée est marquée par la persistance de la pauvreté. La Guinée occupait le 178^{ème} rang sur 186 pays⁴ à l'indice de développement humain durable (IDH). De plus, les données de l'ELEP 2012 (Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté) indiquent que 55,2% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. La croissance économique était estimée à 3,9% en 2011, et le secteur secondaire a perdu 2 points en 2015 suite à la survenue de la MVE. Malgré des efforts ces dernières années, le financement des secteurs sociaux prioritaires (santé, éducation, agriculture etc.) par le Budget national reste faible au regard des besoins des populations.

Le Taux Brut de Scolarisation au primaire, en hausse est passé de 78,3% en 2010 à 80% en 2011 et 81% en 2012. Selon l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation⁵ était de 34,5% soit 49,9% et 21,5% pour les hommes et les femmes respectivement.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé 2012, le ratio de la mortalité maternelle était de 724 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale de 33‰, le taux de

¹ Ministère du Plan (2014) Arrêté N° 3015/MP/SG/CC/2014 portant publication des résultats préliminaires du RGPHrhalisé du 1^{er} mars au 2 avril 2014.

² MP, *Bulletin de Population et Développement*, 2012

³ PNUD, *RMDH 2010*.

⁴ PNUD, *Rapport Mondiauxur le DéveloppementHumain*, 2012

⁵ SMP, *Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté*, 2012

mortalité infanto juvénile de 123‰ et le taux de mortalité infantile de 67‰ naissances vivantes.



Figure 1: Carte de la République de Guinée

1.2 Profil pays

Le Tableau 1 résume quelques indicateurs de la Guinée.

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs sociodémographiques de la République de Guinée

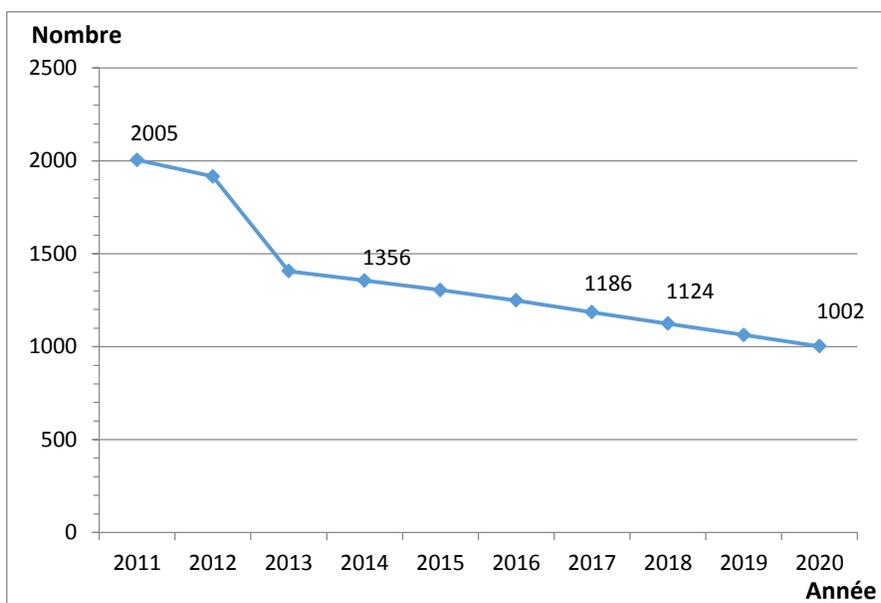
N°	Indicateurs	Valeur	Année
1	Population générale	10 200 000	2011
2	Taux d'accroissement annuel moyen	2,7%	2011
3	Population de moins de 15 ans	40,31%	2010
4	Taux d'alphabétisme des adultes de 15 ans et plus	39,5%	2011
5	PIB par habitant en US\$	1048	2011
6	Indicateur de Développement Humain (IDH)	0,344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

Source : Rapport Mondial sur Développement Humain 2009, 2010 et 2011

CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1 Justification

En 2016, les besoins non couverts en TARV chez les enfants de 0-15 ans infectés par le VIH étaient de 83% soit 11468 enfants. De plus, les tendances maximales actuelles de gain de la couverture sont de 4% par an. Par ailleurs, même si l'on observe une baisse, plus de 1000 nouvelles infections VIH seront enregistrées chaque année jusqu'en 2020 en Guinée (Figure 2) selon le modèle actuel de la réponse (Spectrum, 2016).



Source : Spectrum 2016

Figure 2: Evolution du nombre de nouvelles infections VIH chez les enfants de 0-15 ans en Guinée

Par contre la Guinée a souscrit aux Objectifs 90-90-90. Il s'agit pour le pays qu'en 2020 :

- 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique
- 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral (TARV) durable
- 90% des personnes recevant un TARV ont une charge virale durablement supprimée (ONUSIDA, 2014).

Bien que ambitieux, ces objectifs sont réalisables. Toutefois, il ne reste plus que quatre ans pour l'évaluation. Il est donc crucial d'impulser un nouveau rythme pour pouvoir atteindre ces objectifs en 2020.

2.2 . But, Objectif général et Objectifs spécifiques

Le but du plan est de contribuer à l'amélioration de la santé des enfants de 0-15 ans en Guinée. L'objectif général est d'accélérer l'élimination du sida pédiatrique. Comme objectifs spécifiques, il s'agit de :

- Dépister au moins 90% des enfants de 0-15 ans infectés par le VIH EN 2020
- Mettre au moins 90% des enfants infectés par le VIH dépistés sous TARV durable en 2020
- Atteindre une charge virale indétectable chez au moins 90% d'enfants infectés qui reçoivent le TARV en 2020.

2.3 . Processus d'élaboration du plan

Le plan d'accélération a été élaboré selon une approche participative et inclusif, et a été pilotée par le PNPCSP. Un atelier national a été organisé pour l'identification des goulots d'étranglement et des solutions, la formulation des axes stratégiques et des activités pour accélérer la PECP en Guinée. Tous les détenteurs d'enjeux ont été inclus et ont contribué. Il s'agit des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), des prestataires, des gestionnaires des services de santé, du Comité National de Lutte contre le Sida, du PNPCSP, des chercheurs et des partenaires techniques et financiers impliqués dans la lutte contre le VIH/sida en Guinée (UNICEF, ONUSIDA, OMS, MSF, SOLTHIS,...). Deux consultants (national et international) ont appuyé le processus sur la base des termes de référence qui précisaient les objectifs et les livrables attendus. De plus, des sessions restreintes de travail ont été organisées pour la pré-validation.

2.4 . Collecte des données

Les données ont été collectées à travers une revue documentaire et les contributions des participants lors de l'atelier national. Les documents consultés étaient entre autres :

- Les rapports annuels du PNPCSP de 2008 à 2016
- Les Documents de politiques de santé de la Guinée
- Les Documents de normes et standard de prise en charge du VIH chez l'enfant et l'adolescent
- Les Rapports d'études et d'enquêtes liées à la santé de l'enfant et au VIH
- Le Plan stratégique pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH 2015-2017
- Le Plan stratégique de lutte contre le VIH/sida 2013-2017 en Guinée
- Les Données Spectrum sur le VIH
- Les Directives OMS de prise en charge du VIH

L'atelier d'analyse des goulots d'étranglement et de formulation des stratégies a réuni une vingtaine de participants. Les Sections VIH du Bureau régional de l'Unicef et du Bureau Pays ont participé à la revue interne du plan.

2.5 . Analyse des données

Le cadre conceptuel d'analyse tenait compte des thématiques suivantes :

- L'environnement programmatique
- L'offre de soins et des services de santé
- La demande et l'utilisation des services
- La qualité des soins.

Les données quantitatives ont été analysées sur Excel et des tableaux et graphiques ont été produits. Les données qualitatives ont été regroupées par thématiques.

CHAPITRE 3 : ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH CHEZ L'ENFANT EN GUINEE

3.1. Organisation du système de santé

Le système de soins est composé de trois niveaux –central, régional et préfectoral. Sur le plan administratif, on distingue :

- Le niveau central qui est chargé de la conception et de la définition des politiques, des normes et standards et de la mise en œuvre des orientations du Gouvernement en matière de santé
- Le niveau régional est la structure intermédiaire chargée de la supervision et du contrôle des orientations données par le niveau central, en vue de leur traduction en activités opérationnelles. Il compte 7 Directions Régionales de la Santé (DRS) et la Direction de la Santé de la Ville de Conakry (DSVCO)

Le niveau préfectoral est appelé opérationnel et est chargé de la réalisation des activités sur le terrain. Il compte 33 Directions Préfectorales de la Santé (DPS) et 5 Directions Communales de la Santé (DCS) à Conakry. Il y a au total 1385 formations sanitaires publiques (Tableau 1). Il s'agit de 925 postes de santé (PS), 407 Centres de Santé (CS), 5 Centres de Santé Améliorés (CSA), 33 Hôpitaux Préfectoraux (HP), 5 Centres Médicaux Communaux (CMC), 7 Hôpitaux Régionaux (HR) et 3 hôpitaux Nationaux (HN).

Tableau 1: Répartition géographique des infrastructures publiques de soins

Régions	PS	CS	CSA	HP/CMC	HR	HN	TOTAL
Ville de Conakry	4	22	0	5	0	3	34
Région de Kindia	153	55	0	5	1	0	214
Région de Boké	108	42	2	4	1	0	157
Région de Mamou	97	36	0		1	0	136
Région de Labé	176	65	1	4	1	0	247
Région de Faranah	96	43	0	3	1	0	143
Région de Kankan	134	67	0	4	1	0	206
Région de N'Zérékoré	157	77	2	7	1	0	244
Total	925	407	5	38	7	3	1385

A côté du secteur public, il existe un sous-secteur privé associatif et à but lucratif en plein essor. On compte 228 cabinets de soins et de consultations, 33 centres médicaux chirurgicaux, 11 polycliniques, 17 cabinets dentaires et 16 cabinets de sages-femmes. Les structures pharmaceutiques et biomédicales privées sont constituées de 25 sociétés de grossistes répartiteurs, 16 agences de promotion médicales, 284 officines, 39 points de vente et 5 laboratoires d'analyse biomédicales. 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.

Le personnel est inégalement réparti entre la capitale et les préfectures. Il faut noter que la part du budget de l'Etat alloué au fonctionnement du Ministère de la Santé (MS) est en baisse depuis 1997. De plus, le taux de décaissement est faible limitant le fonctionnement adéquat des structures de santé.

3.2 Epidémiologie du VIH

D'après les estimations, la Guinée connaît une épidémie de VIH généralisée de faible niveau, avec un taux de prévalence de 1,7% (EDS 2012). Ce taux semble s'être relativement stabilisé depuis 2005, date à laquelle il était estimé à 1,5% (EDS 2005). Il existe toutefois des différences importantes en fonction des zones géographiques, du sexe et de l'âge. En effet, les prévalences sont de i) 2,7% en zone urbaine contre 1,2 % en zone rurale; ii) de 2,1% chez les femmes contre 1,2% chez les hommes ; et enfin iii) de 0,9% chez les 15-24 ans, 1,5% chez les 15-19 ans, et 2,3% chez les 25-49 ans.

En 2015, les prévalences étaient de 1,6% chez les jeunes de 15 à 24 ans.

En 2017, le nombre de PVVIH est estimé à 136 135 personnes dont 13685 enfants de moins de 15 ans (SPECTRUM 2017). Bien que l'épidémie soit de type généralisé, il y a une concentration de l'infection chez certaines catégories de population. Par exemple, chez les professionnelles de sexe (PS), des études ont trouvé des prévalences de 42% en 2001 (ESSIDAGUI, 2001), de 34,4% en 2007 (CNLS, 2007) et 16,7% en 2012 (CNLS, 2012) et 14,2% en 2015 (CNLS, 2015a). En 2015, ces prévalences étaient de 8,5% chez les personnes en milieu carcéral, 5,9% chez les miniers (5,1%) et 4,5% chez les hommes en uniformes, 4,6% chez les pêcheurs et 4,2% chez les routiers (CNLS, 2015b). La transmission verticale du VIH occupe une place importante dans les nouvelles infections VIH en Guinée bien plus que les populations clés. En effet l'étude sur les modes de transmission du VIH montre que les couples hétérosexuels dits « stables » contribuent pour près de 20% aux nouvelles infections (Tableau 1).

Tableau 2 : Prévalence et contribution de groupes spécifiques aux nouvelles infections VIH en Guinée

Groupes de population	Prévalence du VIH	Contribution aux nouvelles infections
Femmes enceintes	3,56% (ENSS 2015)	
Transmission verticale		19,9%
Hommes ayant rapport sexuels avec les hommes	56,6% (ESCOMB 2012)	10%-20%
Professionnels du Sexe	16,7% (ESCOMB 2012)	6-7%
Population carcérale	9,4% (ESCOMB 2012)	
Miniers	5,9% (ESCOMB 2012)	

Usagers de Drogue Injectable		<5%
------------------------------	--	-----

Source : Rapports ESCOMB 2012

Selon l'Enquête Nationale de Surveillance Sentinelle (ENSS) de 2015 (CNLS, 2015b), la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 3,56 %. Elle est légèrement plus élevée en milieu urbain (3,64%) qu'en milieu rural (3,44%). Elle est globalement de 3,56% chez les femmes enceintes (IC :3,20-4,0). La prévalence de la syphilis était de 2,19%.

3.3. Réponse Pays au VIH pédiatrique

Le Gouvernement s'est engagé à répondre à l'épidémie du VIH/Sida à travers la formulation d'une réponse nationale articulée sur une approche multisectorielle, une implication du secteur privé et de la société civile y compris les PVVIH. En effet, le Cadre Stratégique National 2013-2017 qui fait suite à deux précédents cadres (2003-2007 et 2008-2012) explicite la vision de la riposte nationale et des stratégies à l'horizon 2017. Il repose sur la Déclaration de Politique sur le VIH et le sida et vise à « Intensifier les efforts pour éliminer le VIH et le sida » et à faire de l'objectif « Trois Zéro » une réalité en Guinée: « Zéro nouvelle infection par le VIH, Zéro discrimination, Zéro décès liés au Sida » d'ici fin 2017.

Le pays dispose d'une loi sur le VIH dans le cadre de la protection juridique et des droits des PVVIH, y compris la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. C'est l'ordonnance 56/2008/PRG relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/Sida en Guinée.

3.3.1 PTME

Le Programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) a démarré en 2004 en Guinée avec 5 sites pilotes dans la ville de Conakry et 2 sites à Forécariah. En 2016, 323 sur plus de 1600 (20%) formations sanitaires (FS) offraient des soins de PTME (Figure 3) malgré les efforts fournis par l'Etat et les partenaires techniques et financiers (PNPCSP, 2015). De 2013 à 2015, le nombre de sites de PTME a doublé avec l'appui de l'Unicef qui a facilité l'intégration de la SMNI/PTME dans 130 Centres de santé (CS). Par ailleurs, l'Unicef a appuyé la formation des prestataires de 155 sites de PTME des régions de Boké, Kindia et Labé. De plus, 20 prestataires de 10 sites ont été formés des régions de Faranah, N'Zérékoré et Kankan avec l'appui de JHPIEGHO.

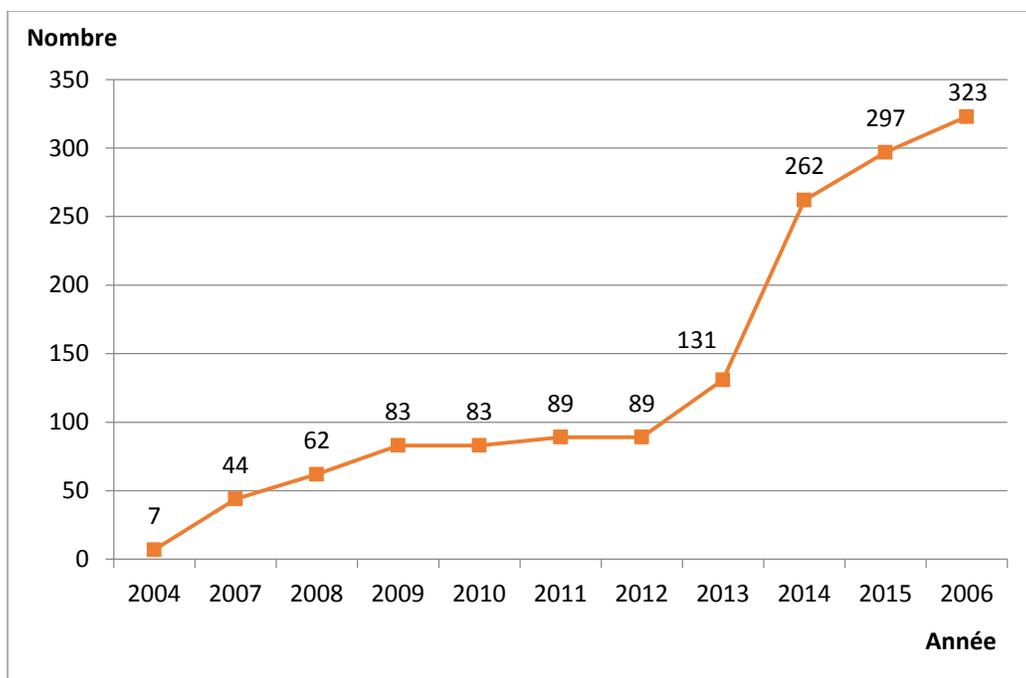


Figure 3: Evolution du nombre de sites PTME de 2004-2014

Parmi les 297 sites, environ 10 structures privées de soins étaient des sites de PTME en 2014.

Le Tableau 3 ci-dessous met en évidence le rôle important de la transmission verticale du VIH dans la dynamique des nouvelles infections en Guinée.

Tableau 3: Evolution des données programmatiques de la PTME en 2014 et 2015

Indicateurs	2015	2016
Nombre de sites PTME (offre de services)	297	323
Nombre de femmes enceintes attendues	488 826	499 591
Nombre de femmes enceintes reçues en CPN/PTME	223 040 (46%)	278007 (56%)
Nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH	131 598 (59%)	183061 (66%) 37% FE attendues
Nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH et qui ont retiré leur résultat	129 054	ND
Femmes enceintes séropositives	2013	2905
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	1769 88%	2679 92%

Nombre d'enfants exposés au VIH sous Prophylaxie ARV	2 214	ND
Nombre d'enfants exposés dépistés par PCR (dès la 6 ^e semaine)	246	364 sur 1866 DBS collectées
Nombre d'enfants exposés dépistés VIH positifs par PCR	43	7
Nombre d'enfants exposés ayant bénéficié d'un dépistage sérologique (18 mois)	274	525
Nombre d'enfants exposés au VIH confirmés VIH positifs après 18 mois	13	43

Source : Rapports annuels PNP CSP et SE- CNLS 2014-2015

3.3.2 Dépistage et conseil du VIH

En 2016, 3818 enfants ont fait le dépistage conseil du VIH et 587 enfants étaient séropositifs. Par ailleurs, 364 dépistages par la PCR ont été réalisés chez les enfants exposés et 7 enfants étaient VIH+. De plus, 525 enfants ont fait la sérologie à 18 mois et 43 enfants étaient VIH+. En outre, 2905 femmes enceintes séropositives ont été dépistées VIH+ dont 2679 (92%) femmes ont été mises sous TARV. en 2016, il y a 128 sites de Conseil Dépistage Volontaire du VIH. **L'appareil de réalisation des PCR à partir des DBS au niveau national est en panne.**

Les facteurs ci-dessous expliquent le faible taux de dépistage :

- Les prestataires des sites SMNI/PTME sont insuffisamment formés
- Certains sites SMNI/PTME ne sont pas dotés en kits de prélèvement DBS ou papier buvard
- Les laboratoires de PCR ne sont pas encore opérationnels sur l'ensemble du pays
- La faible décentralisation des équipements de PCR pour le diagnostic précoce du VIH pédiatrique dans au moins un laboratoire d'hôpital de région
- La faible promotion de la consultation de suivi postnatal auprès des mères ayant fait la PTME : en effet les mères reviennent dans les Formations Sanitaires avec leurs enfants prioritairement pour la vaccination
- La faible intégration des activités de PTME et VIH dans les unités de consultations, et de PF et celles prenant en charge les enfants : vaccination, hospitalisations pédiatriques, Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle, consultation curative enfant, surveillance de la croissance staturo-pondérale
- La méconnaissance des parents sur l'existence et les avantages du diagnostic précoce du VIH
- La faible promotion du diagnostic précoce auprès du personnel soignant des formations sanitaires.

3.3.3 Initiation de la trithérapie antirétrovirale

On note une augmentation progressive du nombre d'enfants mis sous TARV au cours des dernières années. Ce nombre est passé de 697 enfants en 2010 à 2374 enfants sur 13842 enfants VIH+ attendus en 2016 (Figure 4). Toutefois, la couverture des besoins des enfants infectés en TARV reste faible et n'était que de 17% en 2016.

Par ailleurs, en 2016, 41299 adultes de 15 ans et + étaient mis sous TARV sur une cible de 118795 personnes soit une couverture de 35% (Figure 5). Depuis 2016, toutes les personnes séropositives dépistées doivent être mis sous TARV.

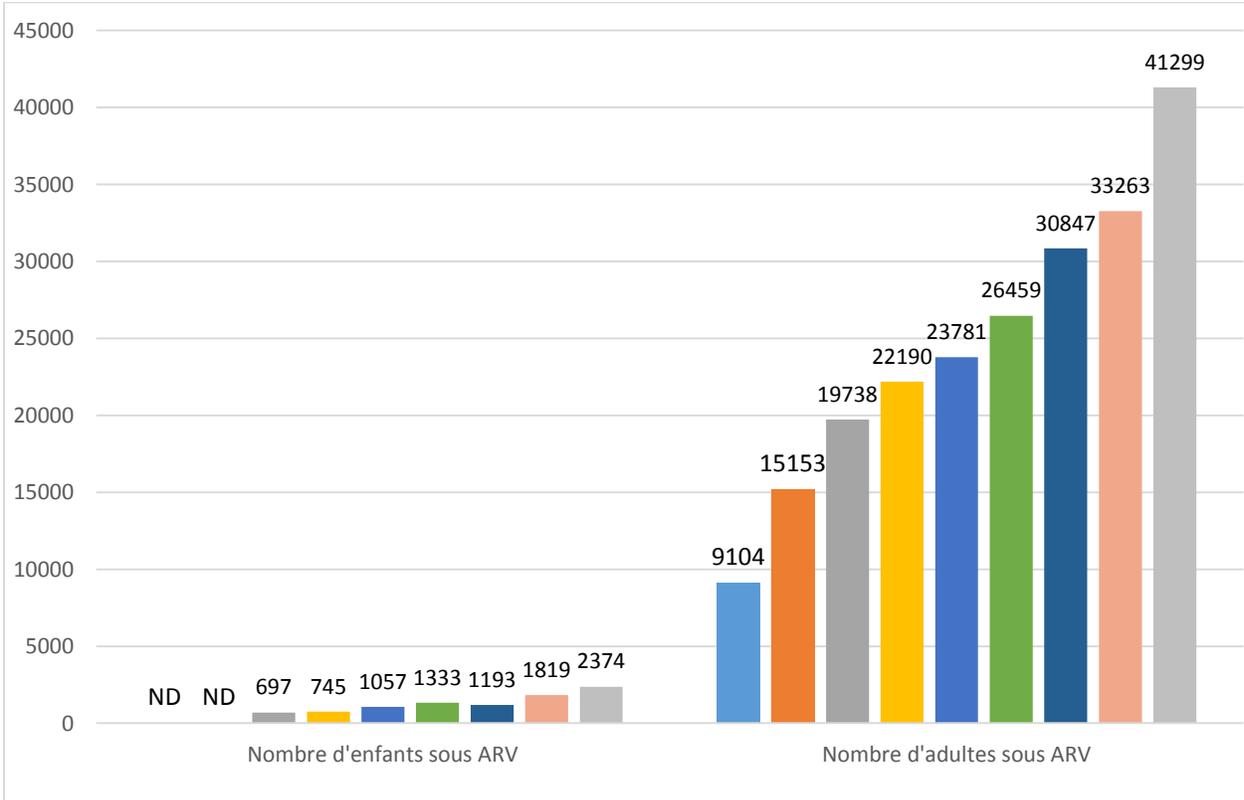


Figure 4: Evolution du nombre d'enfants et d'adultes (15 ans et +) mis sous ARV de 2008 à 2016

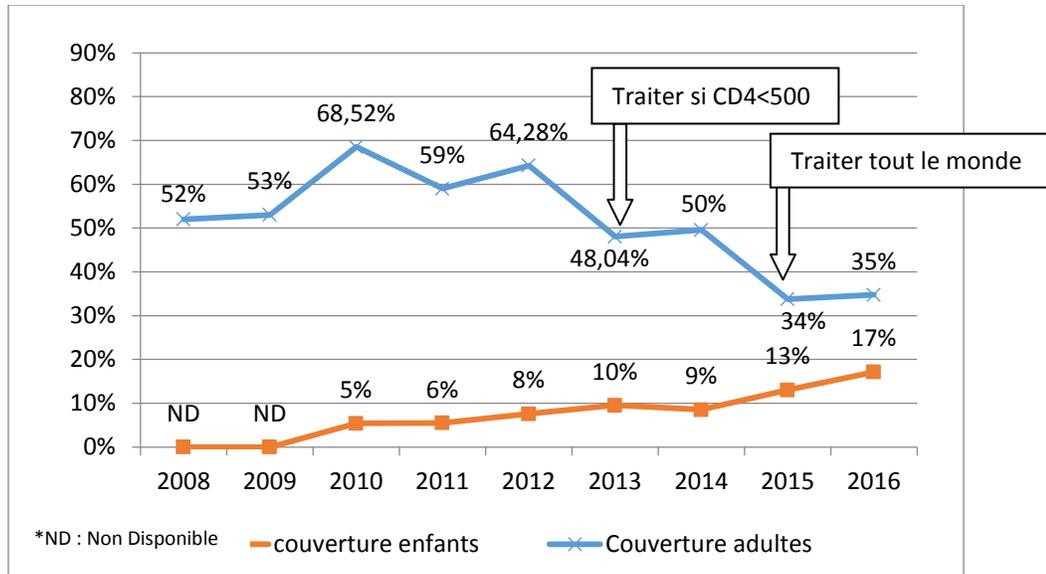


Figure 5: Evolution de la couverture antirétrovirale chez les enfants et les adultes (15 ans et +) entre 2006 et 2016

3.3.4 Rétention aux soins

En fin 2016, 43673 PVVIH étaient sous traitement et en fin d'année, 3670 PVVIH étaient déclarés perdus de vue. Le nombre élevé de perdus de vue est dû aux facteurs ci-dessous :

- la forte centralisation de l'initiation et du suivi du patient sous TARV
- le faible nombre de sites de prise en charge (70 sites en 2016)
- La faible mise en œuvre des communautés communautaires de soutien aux PVVIH

L'insuffisance des activités de recherche active des patients perdus de vue.

3.4 Analyse des goulots d'étranglement de la prise en charge pédiatrique du VIH

*ND : Non Disponible

Les goulots d'étranglements ont été identifiés à travers une analyse situationnelle de la prise en charge du VIH des enfants et des adolescents. Cette analyse s'est basée sur la revue documentaire et l'expérience des acteurs clés impliqués dans la PECP (Tableau 3).

Tableau 4: Analyse des goulots d'étranglements de la prise en charge du VIH chez l'enfant

Etat des lieux	Goulots d'étranglement
Environnement de la PECP (documents normatifs, gestion et coordination budget)	
<p>Législation/Politique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une volonté politique au plus haut niveau • Conventions des droits de l'enfant ratifiées par la Guinée (Célébration du mois de l'enfant en Guinée) • Textes juridiques/réglementaires créant les structures/entités SMNI/PTME/ PECP et leur fonctionnement <p>Normes et Procédures</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de documents des normes et procédures (Edition 2015) • Existence Normes et procédures de la PEGC (édition 2016) existe <p>Gestion/Coordination, Suivi évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du nombre de sites de dépistage et de prise en charge des PVVIH • Organisation des rencontres mensuelles/trimestrielles en SMNI/PTME/PECP <p>Budget/Financement/Dépenses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible connaissance de la contribution réelle des partenaires • Identification des besoins réels à tous les niveaux et mobilisation des ressources pour la mise à échelle (voir Plan de passage à l'échelle de la PEGC, PEC Co-infection TB/VIH et e-TME) 	<p>Législation/Politique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mais non encore signés par les autorités compétentes - Insuffisance d'actes administratifs (circulaires, décisions,...) de diffusion décentralisée des normes et procédures du MS instituant le dépistage systématique (DCIS) - Insuffisance de diffusion des normes et standards de PEC pour permettre à tous le personnel soignant d'assurer cette PECP - Insuffisance de traduction des normes en directives opérationnelles <p>Gestion/Coordination, Suivi évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irrégularité et disparités des réunions de coordination aux différents niveaux de pyramide sanitaire - Faible promptitude et complétude des rapports - Insuffisance de prise de décision basée sur les données et informations issues des rencontres - Insuffisance de retro-information à tous les niveaux - Faible qualité des données - Données non désagrégées par cible et par région/ district dans le rapport annuel <p>Budget/Financement/Dépenses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répartition des interventions prioritaires de l'Etat entre les différents partenaires - Identification des besoins réels à tous les niveaux et mobilisation des ressources pour la mise à échelle (voir Plan de passage à l'échelle de la PEGC, PEC Co-infection TB/VIH et e-TME) - Augmenter le budget et définir la part allouée au VIH et en particulier à la PECP - Réaliser fréquemment le REDES* et désagréger les données pour avoir les dépenses en PECP

	<ul style="list-style-type: none"> - Faible mobilisation des ressources locales - Ressources actuelles limitées face aux besoins de passage à l'échelle
Identification des enfants et adolescents de 0-19 ans VIH+: Accès aux soins, soutien et traitement Pédiatrique	
Résultats	Goulots d'étranglement
<p>Accessibilité aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible utilisation des services de santé par les populations • Gratuité des tests de dépistage, des CD4 et charge virale • Gratuité des ARV et certains médicaments contre les infections opportunistes <p>Dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> • 297 sites de prise PTME en 2015 • 57 sites de TARV en 2014 • Implication de la Poste dans le transport des DBS et l'acheminement des résultats 	<p>Accessibilité aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible revenu des ménages (52% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté) - Paiements directs dans les formations pour l'accès aux soins curatifs <p>Dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de décentralisation de la PECP dans les centres et postes de santé publics et privés - Faible couverture géographique des services intégrés SMNIA/PTME/PECP - Faible disponibilité des ressources humaines en qualité et en quantité à tous les niveaux - Ruptures fréquentes en intrants de dépistage - Retard de transmission des prélèvements DBS au laboratoire ainsi que des résultats - Insuffisance d'organisation et de moyens logistiques alloués au transport des échantillons et aux moyens logistiques du rendu des résultats aux sites et aux mères - Absence d'équipement pour le diagnostic précoce aux niveaux régional et district - Gestion inefficace des intrants pour le dépistage - Insuffisance de maintenance des équipements (certains équipements en panne)
Accès au TARV des enfants et adolescents	

<ul style="list-style-type: none"> • 13 sites intégrés sur 107 prévus pour la période 2015-2017 • Couverture TARV chez les enfants de 0-15 ans en 2016 : 17% soit 2374 enfants sur 13842 enfants attendus 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible connaissance de protocoles du TARVP et des conditions de mise sous TARV actualisé y compris en cas de co-infection (malnutrition ou TB) - Couverture nationale de sites de prise en charge pédiatrique insuffisante - Faible disponibilité des ARV adaptés pour la prise en charge du VIH pédiatrique - Ruptures fréquentes en ARV et médicaments contre les infections opportunistes
---	---

Rétention et transition

<ul style="list-style-type: none"> • Taux élevé de perdus de vue (9%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible implication des agents de santé communautaires et des associations des PVVIH dans l'accompagnement à tous les niveaux - Stigmatisation et discrimination des PVVIH - Insuffisance des structures sanitaires offrant l'éducation thérapeutique, la prise en charge psychosociale et services de transition auprès des adolescents - Insuffisance de moyens logistiques dédiés à la recherche active des enfants exposés au VIH ou perdus de vues - Faible soutien psychosocial - Faible mise en œuvre des activités de rétention (ETP, Prise en charge psychosociale, recherche de PDV et VAD) - Difficulté de référence et de contre référence
--	---

Analyse des différents domaines transversaux

Disponibilité des intrants

<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place du plan de gestion et d'approvisionnement des intrants de prise en charge du VIH • Financement de la logistique de transport des intrants par le Fonds Mondial 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des moyens de transport des intrants de la PCG vers les structures - Insuffisance de remontée des données de consommation des intrants - Sur-stockage des intrants dans certaines structures de santé - Sous-estimation des besoins par les prestataires - Ruptures fréquentes de stock des protocoles ARV et cotrimoxazole pédiatrique aux niveaux central, régional et opérationnel
---	--

Ressources humaines qualité et quantité

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Recrutement récent du personnel de santé pour les zones rurales• Organisation de la formation des formateurs régionaux• Mise en œuvre de la supervision par le niveau central et les partenaires | <ul style="list-style-type: none">- Faible mise en œuvre des activités de supervision, de coaching et de mentoring- Réticences dans la délégation des tâches- Absence de mécanismes de fidélisation des agents de santé au poste dans les zones éloignées- Insuffisance de formation continue du personnel- Grande disparité du personnel soignant dans les zones rurales et urbaines- Insuffisance du personnel et des agents de santé communautaire compétents en quantité et en qualité dédiés à la prise en charge du VIH des enfants et des adolescents- Insuffisance de personnel formé en ETP et pour la dispensation des ARV |
|--|--|

Qualité des services en charge du VIH pédiatrique

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 93 POC de comptage CD4 dans tous les Hôpitaux régionaux et certains Hôpitaux de district• 6 appareils pour la charge virale installés dans les Hôpitaux dont 1 à Kankan et 5 à Conakry• Gene Expert installés dans les Hôpitaux régionaux mais non fonctionnels (pas de réactifs) | <ul style="list-style-type: none">- Insuffisance de moyens pour effectuer le suivi immunologique (CD4) et virologique (PCR)- Insuffisance de formation et d'information des prestataires au rattrapage des enfants exposés (PEV, Nutrition, CPC, Hospitalisation, consultation)- Appareil de réalisation des PCR en panne technique (depuis l'installation : octobre 2016) |
|---|--|

**CHAPITRE 4 : INTERVENTIONS STRATEGIQUES POUR
L'ACCELERATION DE LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE
DU VIH**

4.1 Scénarii d'accélération (lente, modérée, rapide)

Trois scénarii ont été proposés sur la base des couvertures antérieures en TARV (Rapports annuels PNPCSP de 2008 à 2016), de l'estimation de nouvelles infections et du nombre d'enfants de 0-15 ans VIH+ entre 2017 et 2020, des recommandations OMS de dépistage et de traitement « Traiter toutes les personnes vivant avec le VIH » (OMS, 2015), et enfin des politiques adoptées par la Guinée en matière de lutte contre le VIH/sida (Figure 6). Les trois scénarii sont :

- Le statut quo
 - L'accélération modérée
 - L'accélération rapide
- Le modèle de statut quo

Il correspond à la tendance actuelle sans changement du taux d'accroissement de la couverture en TARV. Ainsi, de 17% de couverture en 2016, les couvertures de 20%, 24%, 28% et 32% seront atteintes en 2017, 2018, 2019 et 2020 respectivement. Le gap pour atteindre 90% restera donc très élevé et correspond à 8857 enfants de 0-15 ans infectés par le VIH qui ne seront pas mis sous TARV en 2020.

- Le modèle d'accélération modérée

Dans le modèle d'accélération modérée, la couverture en TARV de 90% sera atteinte en 2020 mais à un rythme modéré les premières années. Ainsi, les couvertures en TARV de 25%, 30%, 40% seront atteintes en 2017, 2018 et 2019 et enfin 90% en 2020. Dans ce modèle, les goulots d'étranglement ne sont pas rapidement levés et les interventions ne sont pas mises en œuvre de façon optimale pour impulser des changements majeurs de dépistage et de mise sous traitement des enfants de 0-15 ans infectés par le VIH.

- Le modèle d'accélération rapide

Les goulots d'étranglement de la PECP du VIH sont rapidement levés à tous les niveaux du système. Il y a un engagement politique, des gestionnaires du programme et de tous les acteurs (patients, prestataires, société civile, gestionnaires des services de santé, partenaires techniques et financiers) pour délivrer des interventions à haut impact de lutte contre le VIH chez les enfants de 0-15 ans. Ceci permet de couvrir rapidement les besoins des enfants. Toutefois, l'accroissement sera modéré en 2017 compte tenu du retard pris dans l'élaboration et la validation du plan de PECP du VIH (Mars-Avril 2017).

Ainsi, les couvertures de 36%, 72%, 82% et 90% seront atteintes en 2017, 2018, 2019 et 2020. Ceci correspond à 4927, 9714, 10881 et 11723 enfants de 0-15 ans infectés par le VIH sous TARV en 2017, 2018, 2019 et 2020.

Le PNPCSP a choisi ce modèle d'accélération rapide.

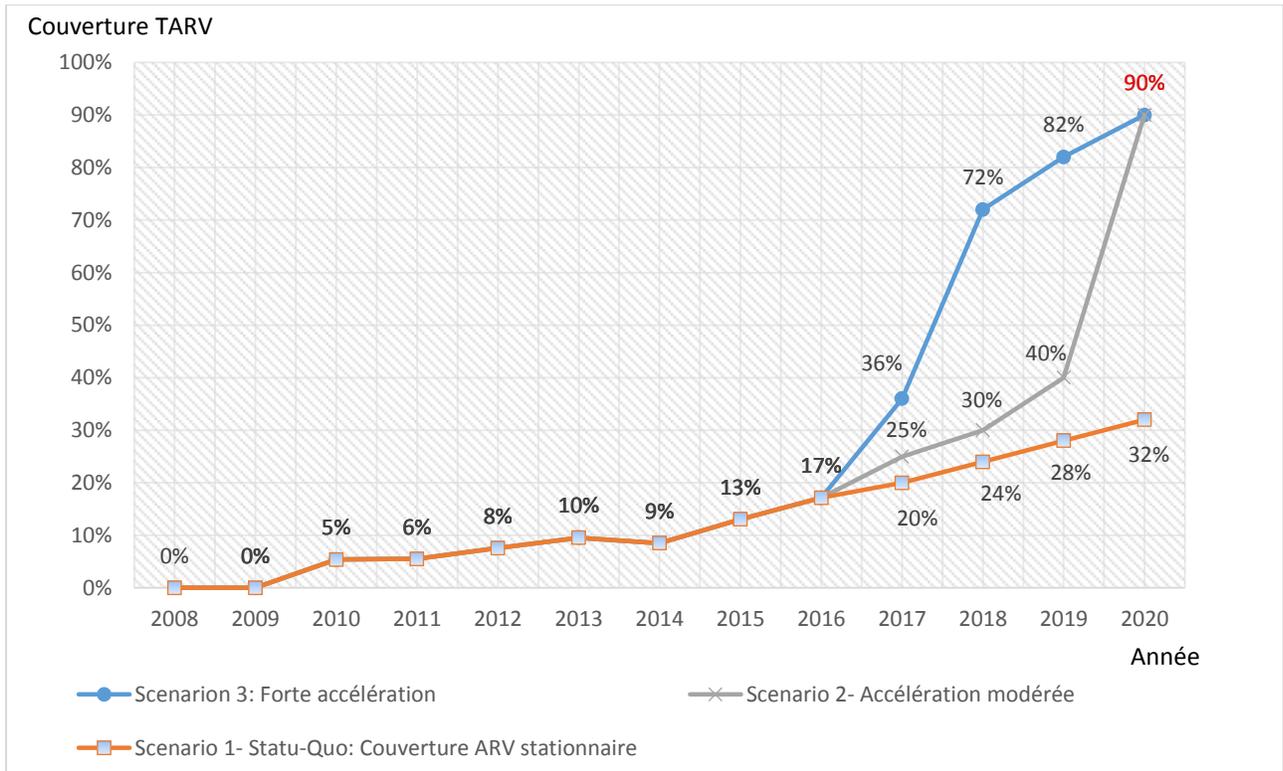


Figure 6: Scénarii d'accélération de la couverture antirétrovirale chez les enfants de 0-15 ans

4.2 Théorie de changement

La Figure 7 résume les mécanismes qui permettront d'atteindre les objectifs fixés selon le modèle d'accélération rapide. Trois piliers stratégiques ont été identifiés :

- Le renforcement du pilotage stratégique (*stewardship*) pour l'accélération rapide de la PECP du VIH à tous les niveaux
- Le renforcement des capacités des formations sanitaires pour le dépistage, le traitement ARV, les soins et le suivi des enfants VIH+
- Le renforcement des capacités des communautés, familles et patients pour améliorer et soutenir la demande et l'utilisation des soins et services de santé par les enfants infectés par le VIH.

Des interventions clés ont été identifiées pour chaque pilier et visent à lever les goulots d'étranglement majeurs qui limitent le pilotage stratégique, l'offre des soins et services de qualité ainsi que la demande et l'utilisation effective des services par les enfants infectés par le VIH.

Ainsi, le renforcement du pilotage stratégique vise à améliorer l'environnement programmatique à tous les niveaux du système. Chaque détenteur d'enjeux doit devenir un **pilote stratégique** (*steward*) pour atteindre les cibles et les objectifs fixés à son niveau (national, régional, district, formation sanitaire). Il s'agit d'actualiser les politiques et les traduire en Directives opérationnelles pour faciliter leur application. Les politiques doivent prendre en compte le dépistage systématique du VIH à toutes les portes d'entrée des formations sanitaires, la mise sous traitement de tous les enfants VIH+ selon la recommandation « Traiter tout le monde », la décentralisation de la prise en charge, et l'intégration de la PECP du VIH dans les services de SRMNIA-PTME.

Les services de santé renforcés seront aptes à dépister, initier le TARV, prendre en charge les infections opportunistes et autres co-morbidités et assurer la rétention aux soins des enfants infectés par le VIH.

Enfin, le renforcement des capacités des communautés (Associations y compris de PVVIH, familles, et patients) permet aux bénéficiaires d'identifier leurs besoins non couverts, d'identifier les services et soins disponibles et ainsi susciter la demande et l'utilisation des soins et services de santé. Les populations pourront alors faire le plaidoyer pour une amélioration de l'offre de soins en faveur de la prise en charge des enfants infectés par le VIH.

Hypothèses et risques

L'atteinte des objectifs suppose l'alignement de tous les acteurs aux stratégies de ce plan, l'actualisation et la mise en œuvre optimale des politiques conformément aux nouvelles Directives de l'OMS en matière de dépistage VIH et de mise sous TARV. En effet, il pourrait avoir des réticences à la décentralisation des activités jusqu'au niveau des Centres de santé

voire des Postes de santé et à la délégation des tâches au personnel polyvalent non spécialisé dans la prise en charge du VIH.

De même, la mise en œuvre des trois piliers stratégiques suppose une planification intégrée à tous les niveaux pour la maîtrise des cibles à atteindre, la mobilisation adéquate des ressources (humaines, matérielles, financières), la délégation des tâches et l'implication des communautés dans l'offre de soins de PECP.

Les risques sont l'insuffisance et/ou la rupture de stock de médicaments et réactifs qui vont limiter la continuité des soins et les réticences à la décentralisation des activités vers les structures de santé périphériques. Il faudrait une décentralisation de la prise de décision basée sur l'analyse des données, et le développement des bonnes pratiques pour améliorer les performances des services.

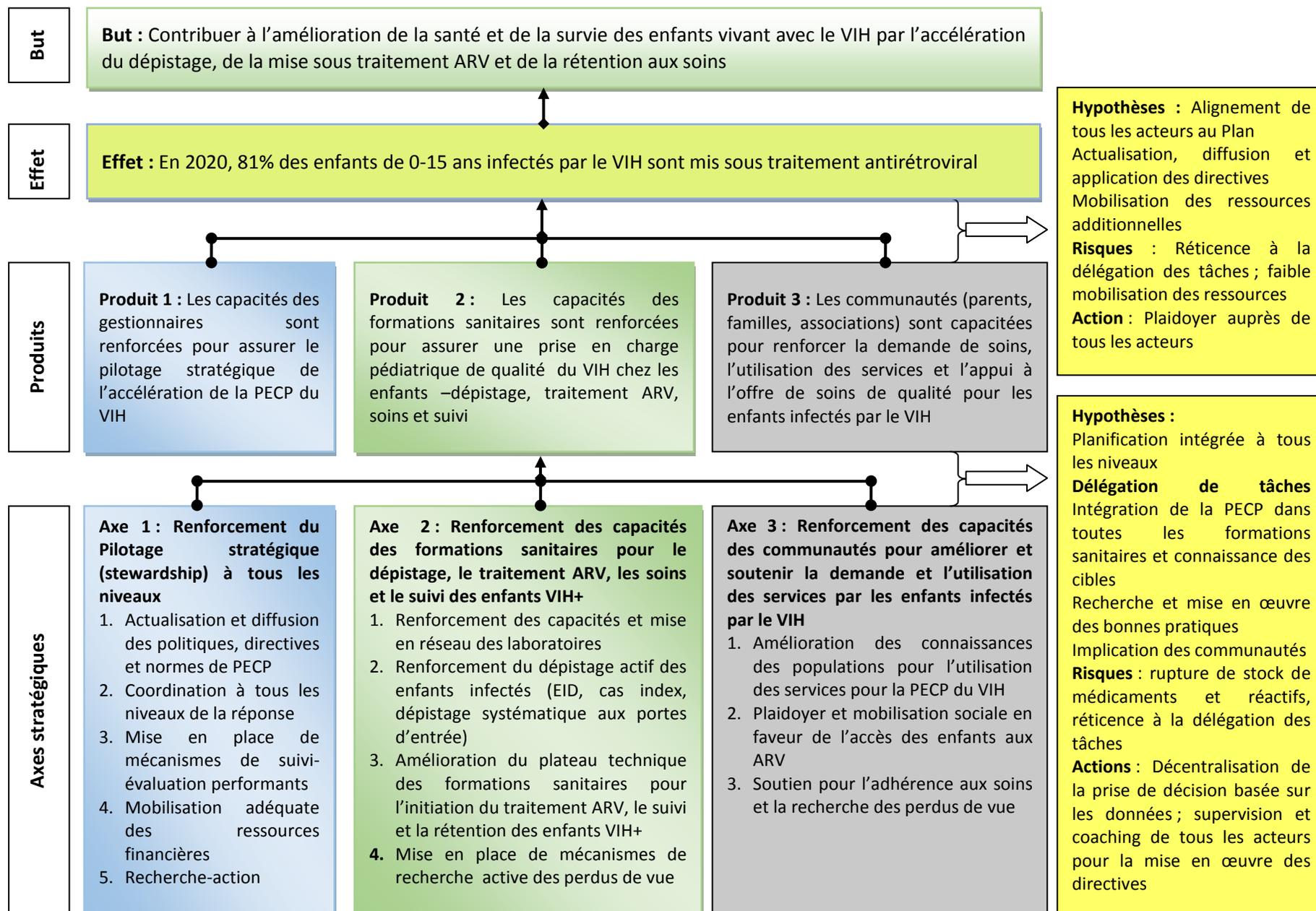


Figure 7: Théorie de changement de l'accélération de la prise en charge pédiatrique du VIH en Guinée

4.3 Interventions stratégiques

4.3.1 Renforcement du pilotage stratégique pour la PECP

La planification, la définition des politiques adaptées, la mobilisation des ressources, la coordination des interventions sont essentielles pour l'atteinte des objectifs fixés (Encadré 1). Il s'agit donc de renforcer le pilotage stratégique à tous les niveaux pour que chaque acteur devienne un *pilote stratégique (steward)* pour aligner tous les détenteurs d'enjeux de son niveau d'action à concourir à la mise en œuvre optimale des interventions pour assurer la performance du programme en matière de prise en charge pédiatrique du VIH.

Encadré 1: Concept de pilotage stratégique (stewardship)

1. Définition
 - a. Administration générale ou direction, une des 4 fonctions d'un système de santé, gestion avisée et responsable du bien-être des populations à travers une mobilisation des ressources et des acteurs vers l'objectif public commun
 - b. Politiques, mécanismes de régulation, outils et arrangements de mise en œuvre, y compris les systèmes de suivi et d'évaluation transparents pour assurer la guidance et la redevabilité
2. Six rôles du stewardship
 - a. Formulation de la vision, des politiques et des stratégies pour assurer l'atteinte des objectifs de santé
 - b. Coordination des partenaires et des autres secteurs et plaidoyer pour une amélioration de la santé
 - c. Collecte, production et utilisation de l'intelligence dans la formulation des politiques
 - d. Bonne gouvernance basée sur des valeurs et l'éthique et d'une manière propice pour l'atteinte des objectifs de santé
 - e. Adaptation aux besoins changeants
 - f. Mobilisation des pouvoirs légaux, réglementaires et politiques pour favoriser l'atteinte des objectifs
3. Caractéristiques
 - a. Gestion du risque : long terme
 - b. Objectifs : collectifs
4. Principes de mise en œuvre et d'évaluation du stewardship
 - a. Vision stratégique
 - b. Participation des individus dans la prise de décision
 - c. Cadres réglementaires équitables
 - d. Transparence
 - e. Réactivité
 - f. Équité et inclusivité
 - g. Efficacité et efficacité
 - h. Redevabilité
 - i. Production de l'intelligence et de l'information
 - j. Valeurs : autonomie, justice, efficacité et éthique

Source : (OMS, 2000 ; Keugoung, 2014)

Intervention 1 : Actualisation, diffusion et application des directives pour le dépistage VIH, l'initiation du TARV et le suivi les enfants de 0-15 ans infectés par le VIH

Il s'agit d'aligner les politiques nationales aux nouvelles directives OMS sur la prise en charge du VIH chez l'enfant et aux bonnes pratiques documentées. Ensuite, il faudrait traduire ces politiques en Directives opérationnelles et les diffuser jusqu'au niveau des sites (formations sanitaires). Ces directives concernent les domaines ci-dessous:

- Le dépistage conseil systématique du VIH à toutes les portes d'entrées des formations sanitaires
- L'initiation du TARV chez les enfants VIH+ quel que soit le taux de CD4
- L'intégration de la PECP dans les services de SRMNIA-PTME
- La décentralisation de la PECP au niveau des centres de santé voire des postes de santé
- La définition du rôle de la communauté dans la PECP
- La description des activités gestionnaires de renforcement des compétences applicables à tous les niveaux : planification, coordination, supervision, coaching et mentoring

Intervention 2 : Amélioration de la gestion et de la coordination des activités du programme

La gestion de la PECP doit être axée sur les résultats. Les activités sont :

- La désagrégation des objectifs et des cibles à atteindre par Régions, Districts et Formations sanitaires

Ceci permettra à chaque niveau de s'autoévaluer dans une perspective d'utilisation des données pour la prise des initiatives, et de développement de bonnes pratiques en vue d'améliorer les performances.

- L'organisation régulière des réunions de coordination intégrée par niveau

Les termes de références de ces réunions doivent être clairement définis en partenariat avec d'autres programmes pour faciliter leur tenue et leur utilité.

Intervention 3 : Renforcement de la mobilisation adéquate des ressources (financement)

Les activités clés sont :

- L'identification des sources de financement
- Le plaidoyer auprès des partenaires clés pour la mobilisation accrue des sources pour couvrir toutes les activités du PECP
- La gestion transparente des ressources

Intervention 4 : Amélioration du Suivi et évaluation des activités de PECP

Le suivi et l'évaluation des activités de PECP doivent être intégrés au niveau opérationnel. Il s'agit de :

- L'introduction des indicateurs de PECP dans les outils de rapportage des formations sanitaires et dans le DHIS2
- L'identification des indicateurs clés de suivi-évaluation
- La systématisation de la retro-information (feedback) pour guider les acteurs décentralisés à améliorer leurs performances.

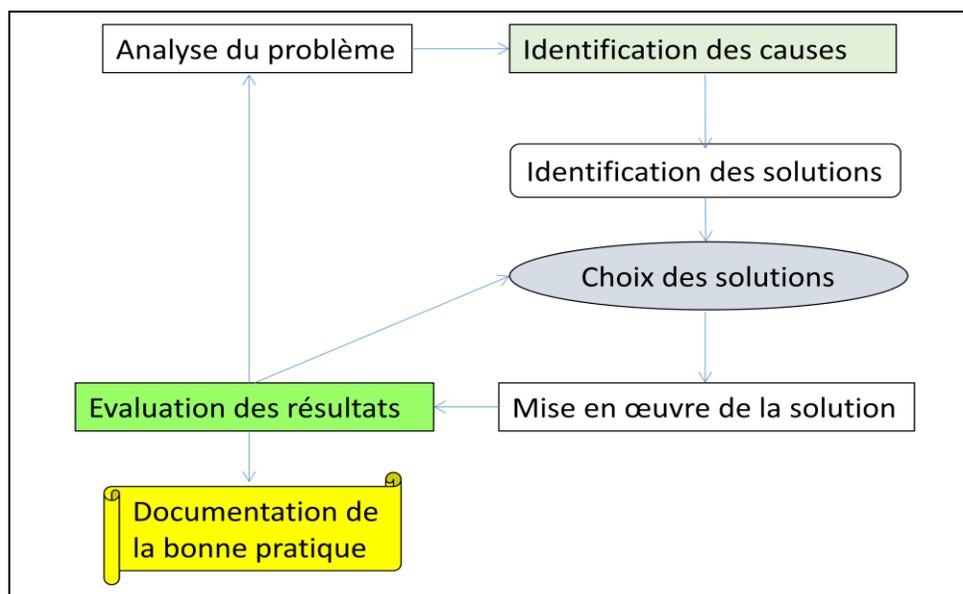
Intervention 5 : Mise en œuvre de la Recherche action

Elle permettrait à tous les acteurs de s'inscrire dans la logique d'apprentissage et d'organisation apprenante (Encadré 2). En effet, même si les interventions contribueront à lever les goulots majeurs, d'autres défis parfois liés au contexte n'ont pas été identifiés. Ces défis, même minimes peuvent représenter des barrières à l'accélération de la PECP. La recherche action permet aux acteurs d'analyser leurs résultats, d'identifier les éventuels problèmes et leurs causes, de rechercher et de mettre en œuvre les solutions potentielles dans une approche cyclique d'amélioration continue des performances.

Les activités à mener sont :

- L'élaboration et la diffusion du protocole de recherche action
- Le développement et la documentation des bonnes pratiques
- La mise à échelle de bonnes pratiques

Encadré 2: Etapes de la recherche action



4.3.2 Renforcement des capacités des services pour offrir des soins et services de prise en charge pédiatrique du VIH de qualité

Intervention 1 : Accélération de l'intégration des activités de PECP dans les services de SRMNIA/PTME

Les activités incluent :

- La définition et/ou l'actualisation des activités de PECP à inclure dans le PMA des Centres de santé et des Postes de santé
- L'élaboration et la diffusion des Directives opérationnelles
- L'adaptation des outils de collecte et de rapportage des données par niveau de soins

L'intégration effective requiert en plus des Directives opérationnelles, le renforcement des compétences du personnel et l'allocation des équipements, des réactifs de laboratoire et des consommables ainsi que des médicaments ARV et de traitement des infections opportunistes.

Intervention 2 : Renforcement du plateau technique des formations sanitaires (équipements ; ARV, réactifs de laboratoire et consommables ; ressources humaines)

- Renforcement des ressources humaines (en quantité et en qualité) :

Il faudrait définir les normes en personnel (type, compétences et quantité) requis pour la PECP par niveau notamment en conseillers, laborantins, infirmiers et médecins. La polyvalence des prestataires doit être privilégiée au regard du déficit actuel en personnel et l'accent doit être mis dans le renforcement des compétences.

Les stratégies de renforcement des compétences sont :

- La formation des formateurs : la formation sur site doit être privilégiée pour permettre aux apprenants d'acquérir des aptitudes et pour identifier et lever les défis opérationnels de mise en œuvre.
 - La supervision formative : le niveau central devra superviser les Régions. Celles-ci supervisent à leur tour les districts qui supervisent les formations sanitaires.
 - Le coaching : il contribue à créer un environnement de confiance pour le partage d'expériences et de connaissances et l'amélioration des performances de PECP.
 - Le mentoring : il va concourir au développement professionnel des acteurs impliqués dans la PECP. Il permet aussi de suivre le personnel et de l'impliquer dans la mise en œuvre des activités même en cas d'affectation dans une autre structure (district ou région).
- Approvisionnement régulier médicaments pédiatriques : ARV et médicaments contre les infections opportunistes

Les activités incluent :

- La quantification des besoins nationaux et leur désagrégation par région et district
 - L'approvisionnement des structures selon le Plan de gestion et d'approvisionnement des intrants
- Renforcement des capacités des laboratoires : équipements, réactifs de laboratoire et consommables :

Les activités principales sont :

- L'approvisionnement en réactifs et test de dépistage
- La mise en réseau du système de diagnostic et de communication des résultats
- L'extension des 'Points of Care' pour le diagnostic précoce chez les enfants exposés
- La maintenance préventive et curative des équipements

Intervention 3 : Renforcement du dépistage des enfants infectés par le VIH

Le dépistage des enfants infectés par le VIH comporte 3 stratégies :

- Le dépistage systématique (EID et test rapide) à toutes les portes d'entrée des formations sanitaires (consultation externe, hospitalisation, vaccination, nutrition, PCIME, PTME, services Tuberculose, ...)
- Le conseil dépistage actif de la fratrie des cas index

La matrice ci-dessous servira d'outil de prise de décisions aux prestataires pour le dépistage de la fratrie (Figure 8).

- L'organisation des campagnes de dépistage des enfants et des adolescents lors des Semaines et de Mois de la santé de la mère et de l'enfant.

Les opportunités des Semaines et de Mois de la santé de la mère et de l'enfant doivent être saisies pour intégrer le volet 'Prise en charge du VIH chez l'enfant et l'adolescent' dans les activités. En effet, ces activités mobilisent les détenteurs d'enjeux autour de la santé de la mère et de l'enfant et permettent de toucher une proportion importante d'enfants surtout de 0-5 ans. Des campagnes de dépistage peuvent donc être organisées lors de ces activités.

Intervention 4 : Décentralisation de l'initiation du TARV, du suivi et de la rétention des enfants infectés par le VIH

Les activités à mettre en œuvre sont :

- L'élaboration et la diffusion d'algorithmes de traitement simplifiés et adaptés à chaque niveau de soins
Ces normes doivent tenir compte de la délégation des tâches de PECP vers le personnel polyvalent et les communautés, de la décentralisation vers les structures périphériques (centres de santé) et de l'intégration dans les services de SRMNIA.
- L'établissement du lien entre le suivi de l'enfant et celui du parent (mère, père)
Les parents ou tuteurs étant les garants de l'adhérence des enfants au TARV, il faudrait autant que possible coupler les rendez-vous de l'enfant à ceux du parent infecté pour réduire les coûts indirects pour les parents.
- La contre référence des patients stabilisés à l'échelon inférieur pour le suivi
Ceci permet de réduire la charge de travail et de concentrer les efforts sur la prise en charge des cas compliqués.
- La recherche active des perdus de vue
Les acteurs communautaires doivent jouer un rôle clé dans le soutien psychosocial des PVVIH. Les activités spécifiques à mener sont :
 - Les visites à domicile pour mieux localiser les PVVIH
 - Les appels téléphoniques pour rappeler les rendez-vous et l'observance du traitement.

4.3.3 Renforcement de la mobilisation communautaire pour la prise en charge pédiatrique de qualité

Intervention 1 : Renforcement de la communication et de la mobilisation sociale en faveur de la PECP

Les principales activités sont :

- L'élaboration du plan de communication sur la prise en charge du VIH en Guinée avec un accent sur la PECP

- Le renforcement des capacités des communicateurs en matière de PECP
- La conception et la diffusion des messages en faveur de la PECP (télévision, radio, presse écrite, dépliants et affiches)
- L'inclusion de la PECP dans les opérations « Semaines et Mois de la mère et de l'enfant ».

Intervention 2 : Définition et mise en œuvre du paquet de soins communautaires de PECP

Il s'agit de :

- L'identification des activités communautaires en matière de PECP (conseil dépistage, soutien psychosocial des PVVIH, recherche des perdus de vue, distribution des ARV aux patients stabilisés)
- L'élaboration et la diffusion des Directives de prise en charge communautaire du VIH chez l'enfant

Intervention 3 : Renforcement des capacités des médiateurs communautaires et des associations impliquées dans la lutte contre le VIH

- Le renforcement des compétences des communautés

L'amélioration des compétences des communautés est cruciale pour accroître la demande et l'utilisation des services ainsi que la rétention aux soins. En effet, la forte accélération de la PECP va entraîner une augmentation rapide de la charge de travail au niveau des formations sanitaires qui doivent répondre aux autres besoins des populations. Dans ce contexte, il faudrait décentraliser un certain paquet de soins au niveau communautaire non seulement pour rapprocher les soins des bénéficiaires mais aussi pour favoriser l'acceptabilité à travers des pairs éducateurs (surtout issus des PVVIH).

- L'allocation des outils de travail aux communautés (matériel et équipements, test de dépistage, médicaments ARV)

Comme dans le cas de l'intégration, les outils de travail doivent être en adéquation avec le paquet de soins à offrir. Ces outils vont du matériel de sensibilisation (dépliants, affiches, Guide du médiateur communautaire) au test de dépistage rapide et aux médicaments ARV. L'allocation doit dépendre du niveau de capacité atteint par le médiateur ou l'association communautaire. Ici, le coaching du niveau communautaire par la formation sanitaire est impératif pour s'assurer de la formation continue et du respect des directives.

CHAPITRE 5 : ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS DANS LA MISE EN ŒUVRE

5.1 Le PNPCSP et les Directions techniques du Ministère de la santé

Le PNPCSP et les Directions techniques du Ministère de la Santé jouent un rôle clé de leadership et de coordination centrale. Ces instances doivent travailler en synergie pour développer les processus d'intégration des activités de PECP dans les services de SRMNIA/PTME. Par ailleurs, des supervisions et des formations intégrées peuvent être organisées.

De façon spécifique, le PNPCSP doit faire le plaidoyer auprès du Ministère de la santé et des partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux pour la mobilisation des ressources. Il doit en outre :

- Activer le fonctionnement des Comités thématiques pour l'élaboration des documents de politiques, des directives opérationnelles et des algorithmes de PECP
- Coordonner la rédaction du protocole de recherche action
- Identifier des questions de recherche opérationnelle
- Effectuer le suivi global et l'évaluation de la mise en œuvre des activités
- Organiser la supervision et la formation des acteurs centraux et régionaux
- Promouvoir la documentation, le partage et la mise à échelle des bonnes pratiques
- Elaborer le plan de communication sociale sur la PECP et concevoir des messages adaptés de mobilisation sociale (radio, télé, journaux, dépliants et affiches)
- Coordonner la gestion des approvisionnements en équipements, réactifs de laboratoire et consommables, médicaments pédiatriques ARV et de traitement contre les infections opportunistes
- Elaborer la cartographie des partenaires et des domaines d'interventions et faire le plaidoyer pour la mobilisation soutenue et pérenne des ressources
- Organiser les réunions conjointes de suivi-évaluation de la mise en œuvre du Plan d'accélération.

5.2 Société civile

La société civile à travers les associations communautaires et des PVVIH a pour responsabilité d'apporter le soutien psychosocial aux PVVIH et de renforcer les connaissances et l'acceptabilité des populations aux activités de PECP. Par ailleurs, ces associations seront chargées de :

- Accompagner les ménages dans le suivi et la mise en œuvre des activités génératrices de revenus
- Sensibiliser les populations sur le dépistage et l'initiation de la TARV par les personnes dépistées positives afin d'améliorer l'utilisation des services et la rétention aux soins
- Effectuer les visites à domicile et la recherche active des perdus de vue
- Faire le plaidoyer pour une mobilisation effective des ressources pour l'accélération de la PECP.

5.3 Formations sanitaires publiques et privées

Les formations sanitaires occupent une place centrale. Elles sont chargées de :

- Organiser un meilleur accueil à travers une bonne hygiène et salubrité, un comportement éthique du personnel et une permanence des services
- Assurer la formation continue du personnel polyvalent pour garantir le dépistage et l'initiation du traitement à toutes les portes d'entrée
- Organiser des réunions d'évaluation des performances en matière de PECP
- Développer des initiatives d'amélioration des performances et documenter les bonnes pratiques
- Assurer une gestion optimale des intrants (médicaments, réactifs) pour éviter les ruptures de stock
- Développer des mécanismes de fidélisation des patients et de recherche active des perdus de vue.

5.4 Prestataires de soins

Chaque prestataire individuel doit :

- S'inscrire dans une logique d'apprentissage pour maîtriser les directives opérationnelles et les algorithmes de PECP
- Participer aux séances de briefing organisées par les personnes formées
- Superviser et coacher le personnel moins formé afin d'améliorer les aptitudes et les compétences des collègues pour répartir la charge de travail
- Collecter, traiter et analyser les données et prendre des décisions et des initiatives pour améliorer les performances.

5.5 Familles

Les familles doivent :

- Utiliser les services de santé et adhérer aux politiques sanitaires de dépistage et de prise en charge des infections opportunistes et de TAR
- Soutenir les enfants infectés et leur adhérence au TARV.

5.6 Partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux

L'accélération de la PECP nécessite des ressources additionnelles importantes. Par ailleurs, une forte adhésion des populations et des acteurs de mise en œuvre permettrait d'aller au-delà des objectifs fixés avec une éventualité d'intervention d'urgence pour éviter les ruptures de stock. Les bailleurs devraient :

- Aligner leurs interventions à celles du plan de PECP
- Allouer de façon coordonnée les ressources pour éviter des gaps et des chevauchements
- Faciliter leurs procédures pour réduire voire éviter les retards dans la mise en œuvre des activités.

CHAPITRE 6 : SUIVI EVALUATION

6.1 Collecte des données et circuit d'information

6.1.1 Données à collecter

Tableau 5: Données à collecter pour le dépistage

Indicateurs	< 1 an		1 – 9 ans		10 – 14 ans		15 – 19 ans		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Nombre d'enfants de plus de 14 ans qui ont bénéficié d'un conseil et d'un dépistage volontaire du VIH										
Nombre d'enfants de 0 à 19 ans dont les parents ont bénéficié d'un conseil et d'un dépistage du VIH à l'initiative du soignant (CDIS)										
Nombre parents d'enfants de 0 à 19 ans ayant bénéficié d'un conseil et d'un dépistage volontaire du VIH et qui ont reçu/ connaissent leur résultat										
Nombre d'enfants de 0 à 19 ans dont les parents ont bénéficié d'un conseil et d'un dépistage du VIH à l'initiative du soignant (CDIS) et qui ont reçu/ connaissent leur résultat										

Indicateurs	< 1 an		1 – 9 ans		10 – 14 ans		15 – 19 ans		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Nombre de couple mère-enfants (0 à 18 mois) ayant bénéficié d'un conseils dépistage à l'initiative du soignant										
Nombre de couple mère-enfants (0 à 18 mois) ayant bénéficié d'un conseils dépistage à l'initiative du soignant qui ont connaissent leur résultat										
Nombre d'enfants de 0 à 19 ans séropositifs sur l'ensemble des enfants testés (cas positifs)										
Nombre de cas de VIH1										
Nombre de cas de VIH2										
Nombre de cas de VIH1+VIH2										
Nombre de préservatifs distributes										

Tableau 6: Données à collecter pour la TARV

Indicateurs	< 1 an		1 – 4 ans		5 – 9 ans		10 – 14 ans		15 – 19 ans		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Évolution de la file active												
Nombre de nouveaux enfants de 0 à 19 ans mis sous ARV												
Nombre d'enfants de retour dans le traitement												
Nombre d'enfants sous ARV transférés Entrants												
Nombre d'enfants sous ARV décédés												
Nombre d'enfants sous ARV transférés Sortants												
Nombre d'enfants sous ARV perdus de vue												
Nombre d'enfants VIH+ tuberculeux mis sous ARV												
Suivi des patients												
Nombre d'enfants sous traitement ARV chez qui une recherche active de tuberculose a été réalisée à la dernière visite												
Nombre de patients séropositifs chez qui la tuberculose a été diagnostiquée (cas positif)												
Nombre d'enfants VIH+ chez lesquels l'antigène Ag HBs+ (cas positif)												

Nombre d'enfants VIH+ chez lesquels l'antigène Ag HBs+ et mis sous ARV													
Nombre d'enfant ayant un comptage de CD4													
Nombre d'enfants sous TARV ayant effectué une quantification de la Charge virale (CV)													
Nombre d'enfants sous TARV ayant effectué une quantification de la CV et pour lesquels la CV ≤ 1000 copies/ml													
Nombre d'enfants recevant du Cotrimoxazole													
Nombre total d'enfants VIH+ recevant la prophylaxie à l'Isoniazide													
Rétention sous traitement													
Nombre d'enfants sous ARV depuis 12 mois													
Nombre d'enfants sous ARV depuis 24 mois													
Nombre d'enfants sous ARV depuis 60 mois													
Situation à la fin du mois													
Nombre d'enfants suivis sous ARV à la fin du mois en cours (file active sous ARV)													
Nombre d'enfants suivis sans ARV à la fin du mois													
Nombre total d'enfants suivis													

6.1.2 Responsabilités, types de rapports et délais par niveau du SNIS

Tableau 7: Responsables et délai de transmission des rapports par niveau

Niveau	Personnes responsables	Canevas de rapport	Délai de transmission
Poste de santé	Agent Technique de Santé	Centre de santé	Le 3 de chaque mois
Centre de santé	Assistant de santé /Médecin	Centre de santé	Le 3 de chaque mois
CMC	Chargé des statistiques/ Point focal	Hôpital	Le 3 de chaque mois
Hôpital	Chargé des statistiques/ Point focal	Hôpital	Le 3 de chaque mois
DPS/DCS	Chargé des statistiques/ Point focal/ Médecin chargé de la maladie	Centre de santé/DPS	Le 5 de chaque mois
DRS	Chargé des statistiques/ Point focal/ Médecin chargé de la maladie	Base de données « Episurv »	Le 10 de chaque mois
National	Chef section SSIS/ Responsable suivi évaluation/ coordonnateur de programme	Base de données « Episurv »	Annuel (avant le 15 février de chaque année)

6.1.3 Circuit d'information

Les données primaires sont collectées par les agents de santé communautaires et les formations sanitaires, sites de dépistage et d'initiation de la TARV (Figure 9). Ces données sont traitées et rapportées mensuellement au niveau supérieur. L'analyse des performances est faite par chaque niveau et des décisions sont prises pour améliorer les performances. Le niveau supérieur fait la synthèse des données et effectue la retro-information au niveau inférieur.

La collecte débute par le rapport mensuel d'activités de l'Agent Communautaire qui sont acheminées au Centre de Santé. Le Centre de Santé rassemble toutes les données de son aire, fait la synthèse et transmet à la DPS. Par ailleurs, l'Hôpital préfectoral rapporte directement à la DPS. La DPS collecte les toutes les données reçues, en fait la synthèse et transmet à la DRS. La DRS fait le même exercice et transmet au niveau national (Ministère de la Santé) avec copie aux Partenaires. Enfin, le niveau central fait la synthèse nationale.

A qui sont destinées les données ?

- Les utilisateurs de l'information dans le circuit de l'information
- Les agents communautaires
- Les superviseurs de l'Agent de santé Communautaires
- Les chargés de Soins à Base Communautaire
- Les DPS/DCS
- Les DRS
- Le PNPCSP
- Le Ministère
- Les partenaires (PTF, ONG locales, ONG internationales, etc...)

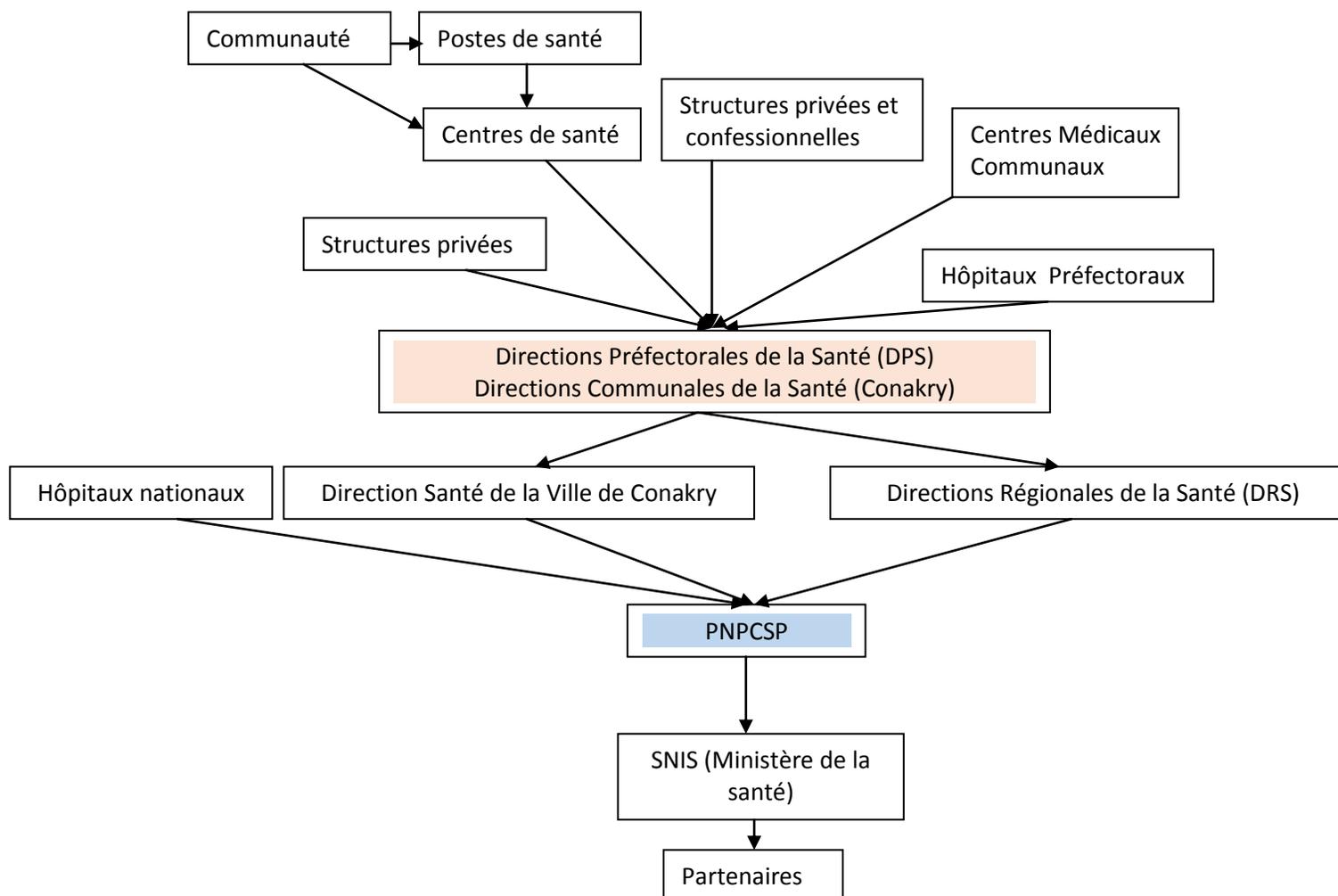


Figure 9: Circuit de transmission des données de prise en charge du VIH à l'échelon supérieur

6.2 Indicateurs de suivi évaluation

Tableau 8: Liste des principaux indicateurs de suivi de la PECP

Indicateur	Définition	Niveau actuel 2016	Objectifs				Source de données	Fréquence
			2017	2018	2019	2020		
Prévalence VIH	N : Nombre de personnes testées VIH+ D : Nombre total de personnes testées						Enquête	
Mortalité lié au sida	N : Nombre de personnes décédées de sida D : Nombre total de personnes vivant avec le VIH						Enquête	
% d'enfants exposés nés de mère VIH+ ayant fait la PCR	N : Nombre de nouveau-nés exposés ayant fait la PCR D : Nombre d'enfants exposés VIH attendus						Données de routine SPECTRUM	Annuelle
% d'enfants de 0-15 connaissant leur statut sérologique VIH	N : Nombre d'enfants ayant reçu le résultat de dépistage VIH D : Nombre d'enfants VIH+ attendus						Données de routine SPECTRUM	Annuelle
% d'enfants exposés ayant reçu la prophylaxie ARV	N : Nombre de nourrissons exposés D : Nombre de femmes enceintes ou allaitantes VIH+						Données de routine	
% d'enfants VIH+ exposés à la TB ayant reçu la prophylaxie à l'INH	N : Nombre de nourrissons exposés à la TB sous prophylaxie à l'INH D : Nombre total de nourrissons exposés à la TB						Données de routine	
Couverture antirétrovirale chez les enfants de 0-15 ans	N : Nombre d'enfants de 0-15 ans sous TARV D : Nombre d'enfants VIH+ attendus	17%	36%	72%	82%	90%	Données de routine PTME SPECTRUM	Annuelle
Taux de rétention à 12 mois								2018
Taux de rétention à 24 mois							Données de routine	2019
Taux de rétention à 48 mois							Données de routine	2020
% d'enfants sous ARV ayant une charge virale indétectable après 12 mois de TARV							Données de routine	Annuelle
% de décès d'enfants de 0-15 ans liés au SIDA parmi les enfants VIH+							Enquête	Annuelle

6.3 Mise en œuvre du suivi-évaluation

Le suivi et l'évaluation des activités se feront suivant trois modalités

- Les données de routine
- La recherche opérationnelle
- Les enquêtes.

La fiche ci-dessous permettra à chaque niveau de suivre les indicateurs de dépistage d'enfants VIH+ réalisés, d'initiation du TARV et de rétention aux soins (Figure 10).

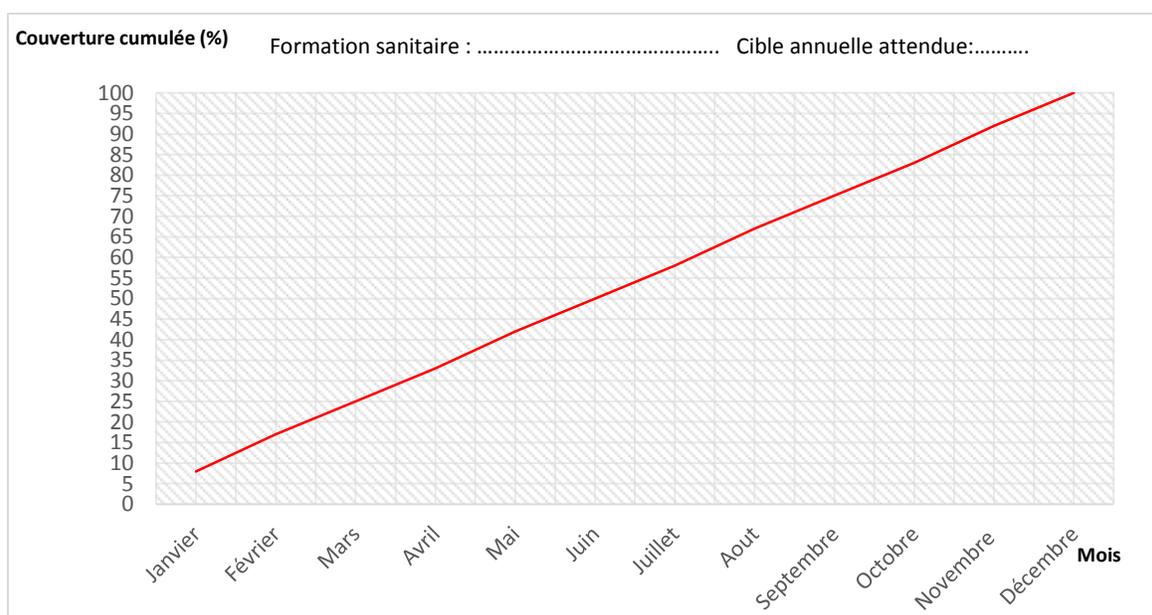


Figure 10: Fiche de suivi des taux de couverture en dépistage, initiation TARV et rétention

Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale seront effectuées en fin 2018 et 2020 respectivement.

Les données de routine seront collectées de façon quotidienne par les sites (formations sanitaires). Les rapports mensuels seront élaborés et transmis à l'échelon supérieur selon le circuit (Figure 9) et la fréquence (Tableau 6) établis. L'analyse de ces données permet de suivre les indicateurs programmatiques.

Des problèmes opérationnels peuvent entraver la mise en œuvre optimale du plan d'accélération. Pour cela, la recherche opérationnelle est indispensable pour mieux comprendre le problème et proposer des solutions adaptées au contexte.

Enfin, certains indicateurs nécessitent des échantillons représentatifs de la population. Il s'agit par exemple de la prévalence du VIH, du comportement des populations, ou de la mortalité spécifique au sida. Les enquêtes nationales sont donc requises pour renseigner ces indicateurs. Les enquêtes ESCOMB et ENSS seront effectuées.

CHAPITRE 7 : BUDGET

BUDGET ET PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE

N°	Activités	Cibles					Cout unitaire	Coût total par année					Responsible
		2017	2018	2019	2020	Total		2017	2018	2019	2020	Total	
Axe stratégique 1 : Renforcement du pilotage stratégique pour la PECP													
Interventions 1.1 : Actualisation, diffusion et application des directives pour le dépistage VIH, l'initiation du TARV et le suivi des enfants de 0-15 ans infectés par le VIH													
1.1.1	Organiser un atelier de revue et d'actualisation des normes et d'élaboration des Directives opérationnelles de PECP (25 participants x 5 jours)	125				125	100	12 500				12 500	
1.1.2	Elaborer le Guide de prise en charge pédiatrique du VIH (1 consultant)	1				1	7 000	7 000				7 000	
1.1.3	Faire la Reprographie des Normes, des Directives opérationnelles et du Guide du prestataire (500 exemplaires)	500				500	30	15 000				15 000	
1.1.4	Diffuser les Directives Opérationnelles de dépistage systématique à toutes les portes d'entrée	25				25	100	2 500				2 500	
1.1.5	Former les Formateurs et superviseurs sur les Nouvelles directives opérationnelles (25 participants x 5 jours)	125				125	100	12 500				12 500	
Total Intervention 1.1								49 500				49 500	
Intervention 1.2 : Amélioration de la gestion et de la coordination des activités du programme													
1.2.1	Organiser une réunion de définition des objectifs et des cibles par niveau et par site (30 participants x 1 jours)	30				30	15	450				450	

1.2.2	Organiser des réunions de coordination pour le suivi de la mise en œuvre du plan de PECP à tous les niveaux (mensuelle, trim, sem et annuelle) (25 participants par région x 8 régions + niveau central x 1/trim)	900	900	900	900	3600	15	13 500	13 500	13 500	13 500	54 000	
1.2.3	Elaborer des microplans d'action annuels par niveau (15 participants par région x 8 régions + niveau central x 2 jours)	270	270	270	270	1080	75	20 250	20 250	20 250	20 250	81 000	
1.2.4	Identifier des indicateurs clés pour le suivi mensuel des performances par niveau (15 participants par région x 8 régions + niveau central x 2 jours)		270		270	540	75	-	20 250	-	20 250	40 500	
Total Intervention 1.2								34 200	54 000	33 750	54 000	175 950	
Intervention 1.3: Renforcement de la mobilisation adéquate des ressources (financement)													
1.3.1	Elaborer et soumettre des requêtes de financement aux partenaires					PM		-	-	-	-	-	
1.3.2	Plaider pour la mobilisation accrue de ressources y compris nationales (1 table ronde de plaidoyer)	50		50		100	75	3 750	-	3 750	-	7 500	
1.3.3	Actualiser et mettre en œuvre des Procédures de gestion financière transparente (Recruter un cabinet)		1			1	15 000	-	15 000	-	-	15 000	
Total Intervention 1.3								3 750	15 000	3 750	-	22 500	
Intervention 1.4: Amélioration du Suivi et évaluation des activités de PECP													
1.4.1	Mettre à jour les outils de collecte des données et de rapportage par niveau (atelier de 25 participants x 5 jrs)	125				125	100	12 500	-	-	-	12 500	
1.4.2	Multiplier et diffuser les outils de rapportage (Reproduction An2-A4)	3000	3000	3000	3000	12000	10	30 000	30 000	30 000	30 000	120 000	

1.4.3	Effectuer l'évaluation globale à mi-parcours en 2018		1			1	7 000	-	7 000	-	-	7 000
1.4.4	Effectuer l'évaluation finale en 2020				1	1	10 000				10 000	10 000
Total Intervention 1.4								42 500	37 000	30 000	40 000	149 500
Intervention 1.5: Mise en œuvre de la Recherche action												
1.5.1	Elaborer le protocole de recherche action		125			125	100	-	12 500	-	-	12 500
1.5.2	Multiplier et Diffuser le protocole de recherche action		100			100	20	-	2 000	-	-	2 000
1.5.3	Former les gestionnaires et prestataires à la recherche action		125			125	100	-	12 500	-	-	12 500
1.5.4	Développer et documenter les bonnes pratiques (Réunions et communications scientifiques de 25 participants par session)	25	25	25	25	100	100	2 500	2 500	2 500	2 500	10 000
1.5.5	Organiser des Journées scientifiques (Forum) sur la PTME et la prise en charge pédiatrique du VIH (60 part x 1 jr)	60	60	60	60	240	75	4 500	4 500	4 500	4 500	18 000
1.5.6	Mettre à échelle les bonnes pratiques (Ateliers régionaux de 25 part x 2 x 9 régions)		450		450	900	75	-	33 750	-	33 750	67 500
Total Intervention 1.5								7 000	67 750	7 000	40 750	122 500
Total Axe Stratégique 1								136 950	173 750	74 500	134 750	519 950
Axe Stratégique 2: Renforcement des capacités des services pour offrir des soins et services de prise en charge pédiatrique du VIH de qualité												
Intervention 2.1: Accélération de l'intégration des activités de PECP dans les services de SRMNIA/PTME												
2.1.1	Organiser un atelier de définition et/ou d'actualisation des activités de PECP à inclure dans le PMA des Centres de santé et des Postes de santé (25 part x 5 jrs)	125				125	100	12 500	-	-	-	12 500

2.1.2	Elaborer et diffuser les normes minimales requises et les Directives opérationnelles du processus d'intégration de la PECP dans les CS et les PS (1 consultant national + Reproduction et diffusion)	1				1	27 000	27 000	-	-	-	27 000
2.1.3	Elaborer les Directives de délégation des tâches (1 consultant national)	1				1	7 000	7 000	-	-	-	7 000
2.1.4	Intégrer chaque année la PECP dans 30 nouveaux CS y compris les structures privées		30	30	30	PM		-	-	-	-	-
Total Intervention 2.1								46 500	-	-	-	46 500
Intervention 2.2: Dotation des Formations sanitaires en équipements pour la PECP												
2.2.1	Organiser une mission d'évaluation des besoins en équipements	1				1	7 000	7 000	-	-	-	7 000
2.2.2	Doter 7 hôpitaux régionaux d'appareil pour la PCR	3	2	2		7	45 000	135 000	90 000	90 000	-	315 000
2.2.3	Doter 7 hôpitaux préfectoraux d'appareil pour les CD4 (Haut débit)	3	2	2		7	30 000	90 000	60 000	60 000	-	210 000
Total Intervention 2.2								232 000	150 000	150 000	-	532 000
Intervention 2.3: Organiser la maintenance préventive et curative des équipements												
2.3.1	Former 20 techniciens dans la maintenance préventive et curative des équipements (20 part x 7 jrs)	140				140	100	14 000	-	-	-	14 000
2.3.2	Assurer la réparation des équipements en panne	1	1	1	1	4	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000	28 000
Total Intervention 2.3								21 000	7 000	7 000	7 000	42 000
Intervention 2.4: Dotation des Formations sanitaires en réactifs et test de dépistage rapide VIH												
2.4.1	Evaluer les besoins en réactifs et consommables en fonction des cibles (réunions de quantification: 10 part x 3 jrs)	30	30	30	30	120	65	1 950	1 950	1 950	1 950	7 800

2.4.2	Doter les formations sanitaires en tests de dépistage rapide du VIH	1	1	1	1	4	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	600 000	
2.4.3	Doter les hôpitaux régionaux en réactifs de PCR	1	1	1	1	4	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	400 000	
2.4.4	Doter les hôpitaux préfectoraux, régionaux et CMC en réactifs de CD4	1	1	1	1	4	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	400 000	
2.4.5	Mettre en place un réseau de transport des échantillons et d'acheminement des résultats jusqu'au patient (PCR, CD4, Charge virale)	1	1	1	1	4	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	200 000	
Total Intervention 2.4								401 950	401 950	401 950	401 950	1 607 800	
Intervention 2.5: Dotation des formations sanitaires des médicaments ARV pédiatriques et de prise en charge des infections opportunistes													
2.5.1	Faire la quantification des besoins en fonction des cibles à atteindre (Ref act 2.4.1)					PM		-	-	-	-	-	
2.5.2	Doter les formations sanitaires en médicaments ARV pédiatriques	4927	9714	10881	11723	11723	50	246 350	485 700	544 050	586 150	1 862 250	
2.5.3	Doter les formations sanitaires en médicaments IO	4927	9714	10881	11723	11723	10	49 270	97 140	108 810	117 230	372 450	
2.5.4	Assurer le stockage et la distribution des médicaments par niveau et aux sites	1	1	1	1	4	10 500	10 500	10 500	10 500	10 500	42 000	
Total Intervention 2.5								306 120	593 340	663 360	713 880	2 276 700	
Intervention 2.6: Renforcement des capacités des ressources humaines													
2.6.1	Organiser une mission d'évaluation des prestataires pour Identifier les besoins de formation	1				1	7 000	7 000	-	-	-	7 000	
2.6.2	Former 75 laborantins au dépistage et à la réalisation du comptage des CD4 et de la PCR (50 An1 et 25 An2) pendant 5 jours	250	125			375	100	25 000	12 500	-	-	37 500	

2.6.3	Former 150 infirmiers à la prise en charge pédiatrique (dépistage, initiation de la TARV, suivi des patients) pendant 3 jrs	225	225			450	75	16 875	16 875	-	-	33 750	
2.6.4	Former 50 médecins à la prise en charge pédiatrique (dépistage, initiation de la TARV, suivi des patients) pendant 4 jrs	200				200	100	20 000	-	-	-	20 000	
2.6.5	Former les DRS et les DPS au pilotage stratégique de la PECP	120				120	100	12 000	-	-	-	12 000	
2.6.6	Organiser les supervisions formatives par niveau (2 sup/an x 3 pers x 15 jours)	2	2	2	2	8	7 500	15 000	15 000	15 000	15 000	60 000	
2.6.7	Organiser le coaching des prestataires par niveau (Mission sur terrain)	1	1	1	1	4	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000	28 000	
Total Intervention 2.6								102 875	51 375	22 000	22 000	198 250	
Intervention 2.7: Renforcement du dépistage des enfants infectés par le VIH													
2.7.1	Mettre en place un réseau de transport des DBS et d'acheminement des résultats jusqu'au patient (Contrat de transport)	1	1	1	1	4	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	60 000	
2.7.2	Diffuser les Directives Opérationnelles de dépistage systématique à toutes les portes d'entrée (Confection et reproduction d'affiches et algorithme)	1000		1000		2000	10	10 000	-	10 000	-	20 000	
2.7.3	Décentraliser le dépistage au niveau PS					PM		-	-	-	-	-	
2.7.4	Mettre en place des stratégies de dépistage de la fratrie du cas index					PM		-	-	-	-	-	
2.7.5	Organiser des campagnes de dépistage lors des Semaines de Mois de l'Enfant	1	1	1	1	4	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	100 000	
Total Intervention 2.7								50 000	40 000	50 000	40 000	180 000	
Intervention 2.8: Décentralisation de l'initiation du TARV, du suivi et de la rétention des enfants infectés par le VIH													
2.8.1	Elaborer et diffuser les algorithmes de traitement simplifiés et adaptés à chaque niveau de soins (1 Consultant national)	1				1	27 000	27 000	-	-	-	27 000	

2.8.2	Mettre en place des stratégies de couplage du traitement et du suivi de l'adulte et de l'enfant					PM		-	-	-	-	-	
2.8.3	Créer et diffuser des fiches de références et de contre références des patients	5000	5000	5000	5000	20000	5	25 000	25 000	25 000	25 000	100 000	
2.8.4	Mettre en œuvre des stratégies de recherche active des perdus de vue (téléphone, SMS, Visites à domicile) (Frais de communication pour 300 médiateurs)	3600	3600	3600	3600	14400	3	10 800	10 800	10 800	10 800	43 200	
2.8.5	Appuyer les associations de PVVIH par district	33	33	33	33	132	500	16 500	16 500	16 500	16 500	66 000	
Total Intervention 2.8								79 300	52 300	52 300	52 300	236 200	
Total Axe Stratégique 2								239745	1295 965	1346 610	1237 130	5 119 450	
Axe Stratégique 3: Renforcement de la mobilisation communautaire pour la prise en charge pédiatrique de qualité													
Intervention 3.1: Renforcement de la communication et de la mobilisation sociale en faveur de la PECP													
3.1.1	Elaborer le plan de communication sur la prise en charge du VIH en Guinée avec un accent sur la PECP (Atelier de 25 part x 5 jrs)	125		125		250	100	12 500	-	12 500	-	25 000	
3.1.2	Renforcer les capacités de 25 communicateurs (journalistes) en matière de PECP en 5 jours	125				125	100	12 500	-	-	-	12 500	
3.1.3	Concevoir les messages en faveur de la PECP					0		-	-	-	-	-	
3.1.4	Multiplier et diffuser 1000 dépliants, 1000 affiches	1000	1000			2000	6	6 000	6 000	-	-	12 000	
3.1.5	Organiser des émissions télé, radio et articles pour la presse écrite	2	2	2	2	8	10 000	20 000	20 000	20 000	20 000	80 000	
Total Intervention 3.1								51 000	26 000	32 500	20 000	129 500	

Intervention 3.2: Définition et mise en œuvre du paquet de soins communautaires de PECP													
3.2.1	Décrire les activités de PECP à base communautaire					0		-	-	-	-	-	
3.2.2	Elaborer et diffuser les Directives de prise en charge communautaire du VIH chez l'enfant (25 part x 5 jrs)		125			125	100	-	12 500	-	-	12 500	
Total Intervention 3.2								-	12 500	-	-	12 500	
Intervention 3.3: Renforcement des capacités des médiateurs communautaires et des associations impliquées dans la lutte contre le VIH													
3.3.1	Former 150 médiateurs communautaires	225	225			450	75	16 875	16 875	-	-	33 750	
3.3.2	Former 24 responsables des associations surtout de PVVIH impliquées dans la PECP	72				72	100	7 200	-	-	-	7 200	
3.3.3	Doter 12 associations du matériel de sensibilisation (Reprographie de kit de sensibilisation)	12		12		24	2 000	24 000	-	24 000	-	48 000	
3.3.4	Doter 12 associations du matériel de communication (Achat de kit de communication)	12				12	3 500	42 000	-	-	-	42 000	
3.3.5	Doter 12 associations de moyens pour la recherche active des perdus de vue (Achat et fonctionnement de 12 mobylettes)	12				12	6 500	78 000	-	-	-	78 000	
Total Intervention 3.3								168 075	16 875	24 000	-	208 950	
Total Axe Stratégique 3								219 075	55 375	56 500	20 000	350 950	
TOTAL GENERAL								1 595 770	1 525 090	1 477 610	1 391 880	5 990 350	

7.1 Répartition des dépenses par axe et intervention

7.1.1 Budget par Axes

BUDGET PAR AXES STRATEGIQUES

AXES STRATEGIQUES	Coût total par année				
	2017	2018	2019	2020	Total
Axe stratégique 1 : Renforcement du pilotage stratégique pour la PECP	136 950	173 750	74 500	134 750	519 950
Axe Stratégique 2 : Renforcement des capacités des services pour offrir des soins et services de prise en charge pédiatrique du VIH de qualité	1 239 745	1 295 965	1 346 610	1 237 130	5 119 450
Axe Stratégique 3 : Renforcement de la mobilisation communautaire pour la prise en charge pédiatrique de qualité	219 075	55 375	56 500	20 000	350 950
TOTAL GENERAL	1 595 770	1 525 090	1 477 610	1 391 880	5 990 350

7.1.2 Budget par Interventions

BUDGET PAR INTERVENTIONS

Interventions	Coût total par année				
	2017	2018	2019	2020	Total
Interventions 1.1 : Actualisation, diffusion et application des directives pour le dépistage VIH, l'initiation du TARV et le suivi des enfants de 0-15 ans infectés par le VIH	49 500	-	-	-	49 500
Intervention 1.2 : Amélioration de la gestion et de la coordination des activités du programme	34 200	54 000	33 750	54 000	175 950
Intervention 1.3 : Renforcement de la mobilisation adéquate des ressources (financement)	3 750	15 000	3 750	-	22 500
Intervention 1.4: Amélioration du Suivi et évaluation des activités de PECP	42 500	37 000	30 000	40 000	149 500

Intervention 1.5: Mise en œuvre de la Recherche action	7 000	67 750	7 000	40 750	122 500
Intervention 2.1: Accélération de l'intégration des activités de PECP dans les services de SRMNIA/PTME	46 500	-	-	-	46 500
Intervention 2.2: Dotation des Formations sanitaires en équipements pour la PECP	232 000	150 000	150 000	-	532 000
Intervention 2.3: Organiser la maintenance préventive et curative des équipements	21 000	7 000	7 000	7 000	42 000
Intervention 2.4: Dotation des Formations sanitaires en réactifs et test de dépistage rapide VIH	401 950	401 950	401 950	401 950	1 607 800
Intervention 2.5: Dotation des formations sanitaires des médicaments ARV pédiatriques et de prise en charge des infections opportunistes	306 120	593 340	663 360	713 880	2 276 700
Intervention 2.6: Renforcement des capacités des ressources humaines	102 875	51 375	22 000	22 000	198 250
Intervention 2.7: Renforcement du dépistage des enfants infectés par le VIH	50 000	40 000	50 000	40 000	180 000
Intervention 2.8: Décentralisation de l'initiation du TARV, du suivi et de la rétention des enfants infectés par le VIH	79 300	52 300	52 300	52 300	236 200
Intervention 3.1: Renforcement de la communication et de la mobilisation sociale en faveur de la PECP	51 000	26 000	32 500	20 000	129 500
Intervention 3.2: Définition et mise en œuvre du paquet de soins communautaires de PECP	-	12 500	-	-	12 500
Intervention 3.3: Renforcement des capacités des médiateurs communautaires et des associations impliquées dans la lutte contre le VIH	168 075	16 875	24 000	-	208 950
TOTAL GENERAL	1 595 770	1 525 090	1 477 610	1 391 880	5 990 350

Références

- CNLS (2013) Plan stratégique national de lutte contre le VIH 2013-2017. Conakry : CNLS.
- CNLS (2015a) Enquête de surveillance comportementale et biologique des IST/VIH/SIDA-ESCOMB 2015. Conakry : CNLS.
- CNLS (2015b) Enquête Nationale de Surveillance Sentinelle du VIH des femmes enceintes dans les sites sentinelles (ENSS-2015-Guinée). Conakry : CNLS.
- Keugoung B (2014) Interface entre programmes verticaux et services de santé généraux – Comment optimiser cette relation dans les systèmes de santé d’Afrique sub-saharienne ? Thèse doctorale. Bruxelles : Université Catholique de Louvain.
- OMS (2000) Rapport sur la santé dans le Monde 2000 – Pour un système de santé plus performant. Genève: OMS.
- OMS (2015) Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva : OMS Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1
- ONUSIDA (2014) 90-90-90, Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l’épidémie du sida. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf.
- PNLS (2015) Le Plan stratégique pour l’élimination de la transmission mère enfant du VIH 2015-2017. Conakry : PNPCSP.

Comité de rédaction

N°	PRENOMS & NOM	STRUCTURES
1	Laye KABA	Coordonnateur Adjoint PNPCSP
2	Kade NDIAYE	Chef Unité PTME/PNPCSP
3	Foromo GUILAVOGUI	Chefr Unité PEC/VIH/PNPCSP
4	Oumar CAMARA	Comptable PNPCSP
5	Mouctar BALDE	Chargé d'Etude Unité PTME/PNPCSP
6	Penda Maladho DIALLO	Chef Labo BIOMOL/LNR
7	Aimé KOUROUMA	SOLTHIS
9	Kassia TOLNO	Chargé d'Etude/PCIMNE
10	Ibrahima Sory DIALLO	Médecin PECP/INSE
11	Ibrahima Kolo BARRY	Médecin PECP/INSE
12	Dialikatou CAMARA	Pédiatre HN Ignace Denn
13	M'mah BANGOURA	Pédiatre HN Donka
14	Balla KOEVOGUI	HR Kinida
15	Mafoudia TOURE	Pédiatre HN Donka
16	Ibrahima SYLLA	Maternité Ignace Denn
17	Siriman CAMARA	OMS
18	Willy MPENGA	MSF-Belgique
19	Arnold AHIATSI	Assistant Programmatique PNPCSP
20	Yousseuf KOITA	Coordonnateur National PNPCSP
21	Kadiatou BALDE	UNICEF
22	Basile KEUGOUNG	Consultant International
23	Mohamed CISSE	Consultant National