

2014

REPUBLIQUE DE GUINEE  
*Travail-Justice-Solidarité*



## Comité National de Lutte contre le Sida



### SECRETARIAT EXECUTIF

# Revue des progrès vers la réalisation des cibles de la déclaration 2011 de l'ONU sur le VIH et le Sida

Rapport narratif 2014



## Remerciements

---

L'élaboration de ce rapport d'activités 2014 sur la riposte au VIH/SIDA en Guinée s'inscrit dans le cadre du suivi de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida lors de l'assemblée générale des Nations Unies à New York en 2011 et constitue le résultat de la collaboration d'institutions diverses et des Contributions d'un grand nombre de personnes ressources à différents niveaux.

Je voudrais leur exprimer ma profonde gratitude pour ce travail. Ce rapport permettra au Gouvernement et plus particulièrement aux responsables des programmes et projets et acteurs impliqués dans la lutte contre le sida, de mesurer les progrès réalisés ces dernières années et d'appréhender les défis à relever.

A tous les acteurs, tant nationaux qu'internationaux qui y ont contribué, par leurs réflexions, leurs conseils, leurs observations et leurs suggestions de qualité, le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte Contre le sida adresse ses sincères remerciements.

Je saisi cette opportunité pour témoigner notre reconnaissance et notre profonde gratitude à l'ONUSIDA pour son assistance technique et financière au Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte Contre le SIDA à toutes les étapes du processus d'élaboration du présent rapport.

Enfin, nous saluons les efforts faits par nos partenaires et acteurs au développement pour atteindre les objectifs audacieux qui ont été fixés en juin 2011 et pour que la réalisation de Zéro nouvelle infection au VIH – Zéro discrimination – Zéro décès dû au sida devienne une réalité en république de Guinée.

**Dr Abass DIAKITE**  
**Secrétaire Exécutif du CNLS**

## Table des matières

---

Table des matières .....	3
Acronymes et Abréviations .....	4
INTRODUCTION .....	7
CHAPITRE I : Résumé de la situation .....	8
1.1. Principaux intervenants dans le processus de rédaction du rapport.....	8
1.2. Statut de l'épidémie en Guinée .....	8
1.3. Politiques et programmes de riposte .....	9
1.4. Tableau des indicateurs .....	10
Chapitre II : Situation de l'épidémie et de la riposte nationale au VIH/Sida .....	14
2.1. Bref aperçu sur la situation socio-démographique et sanitaire .....	14
2.2. Situation de l'épidémie du VIH en Guinée .....	17
Chapitre III : Riposte nationale au VIH/Sida .....	20
3.1. Engagements nationaux .....	20
3.2. Prévention.....	23
3.3. Prise en charge.....	24
3.4. Soins et soutien.....	25
Chapitre IV : Bonnes pratiques.....	26
Chapitre V : Défis de la riposte nationale au Sida .....	27
5.1. Progrès réalisés face aux défis précédents.....	27
5.2. Défis actuels et actions majeures .....	29
Chapitre VI : Soutien des partenaires au développement .....	31
Chapitre VI : Suivi et évaluation .....	32
6.1. Bref aperçu du système national de suivi et d'évaluation .....	32
6.2. Défis rencontrés dans la mise en œuvre du système complet et actions majeures.....	33
6.3. Besoins en assistance technique et de développement des moyens pour le S&E .....	34
Annexes .....	35

## Acronymes et Abréviations

---

<b>ARV</b>	: Antirétroviraux
<b>BM</b>	: Banque Mondiale
<b>BND</b>	: Budget National de Développement
<b>CAP</b>	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
<b>CCC</b>	: Communication pour le Changement de Comportement
<b>CCM</b>	: Country Coordinating Mechanism (Mécanisme National de Coordination de la Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme)
<b>CDV</b>	: Conseil et Dépistage Volontaires
<b>CECOJE</b>	: Centre d'Ecoute et de Conseil d'Orientation des Jeunes et Adolescents
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalo-Universitaire
<b>CMC</b>	: Centre Médical Communal
<b>CNLS</b>	: Comité National de Lutte contre le Sida
<b>CNTS</b>	: Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CS</b>	: Centre de Santé
<b>CSN</b>	: Cadre Stratégique National
<b>DNEHS</b>	: Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins
<b>DREAM</b>	: Drug Resource Enhancement Against AIDS and Malnutrition
<b>EIBC</b>	: Enquête Intégrale Budget-Consommation
<b>ESCOMB</b>	: Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique
<b>EDSG</b>	: Enquête Démographique et de Santé de Guinée
<b>FELICA</b>	: Fondation Elizabeth Cathy
<b>FM</b>	: Fonds mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose
<b>GTZ</b>	: Coopération Allemande
<b>HN</b>	: Hôpital National
<b>HP</b>	: Hôpital Préfectoral
<b>HR</b>	: Hôpital régional
<b>HU</b>	: hommes en uniformes
<b>IDH</b>	: Indicateur de Développement Humain
<b>IEC</b>	: Information, Education et Communication

<b>IO</b>	: Infections Opportunistes
<b>IST</b>	: Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MASPFÉ</b>	: Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance
<b>MENRS</b>	: Ministère de l'Éducation Nationale et de la Recherche Scientifique
<b>MICS</b>	Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
<b>MSF</b>	: Médecin Sans Frontières
<b>MSHP</b>	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
<b>NASA</b>	: National AIDS Spending Assessment (Ressources et dépenses de lutte contre le sida)
<b>NV</b>	: Naissances vivantes
<b>OEV</b>	: Orphelins et Enfants Vulnérables
<b>OIM</b>	: Organisation Internationale pour la Migration
<b>OMD</b>	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	: Programme Commun des Nations Unies sur le Sida
<b>OUA</b>	: Organisation de l'Unité Africaine
<b>PAM</b>	: Programme Alimentaire Mondial
<b>PEC</b>	: Prise En Charge
<b>PIB</b>	: Produit Intérieur Brut
<b>PNB</b>	: Produit National Brut
<b>PNLAT</b>	: Programme National de Lutte Anti Tuberculose
<b>PNPCSP</b>	: Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/Sida
<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PS</b>	: Professionnelles du Sexe
<b>PSI</b>	: Population Services International
<b>PTME</b>	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>PVVIH</b>	: Personnes Vivant avec le VIH
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RPR</b>	: Rapid Plasma Reagin

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

## INTRODUCTION

---

La 65<sup>ème</sup> Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida tenue à New York en Juin 2011 a adopté une nouvelle déclaration politique dénommée « INTENSIFIER NOS EFFORTS POUR ELIMINER LE VIH/sida » (RESOLUTION 65/277) avec les 10 objectifs suivants à atteindre d'ici à 2015:

- Réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle ;
- Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ;
- Eliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida ;
- Assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH ;
- Réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ;
- Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars des États-Unis) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- Eliminer les inégalités entre les sexes ;
- Eliminer la stigmatisation et la discrimination ;
- Eliminer les restrictions en matière de déplacement ;
- Renforcer l'intégration de la riposte au VIH.

Ces dix objectifs se déclinent en trente et trois (33) indicateurs qui s'inscrivent dans la vision TROIS ZERO de l'ONUSIDA d'ici 2015 à savoir : «Zéro nouvelle infection à VIH, Zéro décès lié au sida et Zéro discrimination».

La Guinée, à l'instar des autres pays signataires de cette déclaration, a soumis selon un rythme bisannuel entre 2008 et 2012, le rapport sur la déclaration de l'engagement sur le VIH/sida. A partir de 2013, cette soumission se fait annuellement conformément aux directives de l'ONUSIDA en vue de documenter les progrès réalisés au niveau pays. Ainsi, le présent rapport constitue une synthèse des progrès réalisés en Guinée en matière de riposte au VIH/sida entre 2012 et 2013.

## CHAPITRE I : Résumé de la situation

---

### **1.1. Principaux intervenants dans le processus de rédaction du rapport**

L'élaboration de ce rapport a été réalisée en collaboration avec les différentes parties prenantes dans la riposte au sida, sous la coordination du Secrétariat exécutif du comité national de lutte contre le sida (SE/CNLS), avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA:

- Secteur public : SE/CNLS, Secteur santé (PNPCSP) et Secteur non santé (Ministère Défense, Ministère Tourisme, Ministère Agriculture, Ministère Jeunesse, Ministère Communication, Ministère Finances),
- Organisations de la société civile : REGAP+, REFIG, Afrique Arc-en-ciel, FEG, GUIAD, ROSIGUI, FENOSIGUI ;
- Secteur privé : Chambre des Mines, Syndicat des banques et assurances, CNTG, USTG ;
- Partenaires au développement : bilatéraux (GIZ, USAID), multilatéraux (ONUSIDA, OMS, UNICEF, PAM, UNFPA, UNDP), ONG internationales (PSI, MSF Belgique, Solthis, DREAM).

Les principales étapes suivies tout au long du processus d'élaboration du rapport sont :

- 24 décembre 2013 au 13 janvier 2014 : élaboration feuille de route, recrutement du consultant national et mise en place d'un comité de pilotage et d'une équipe restreinte multisectorielle, réunissant un échantillon représentatif des acteurs et partenaires de la Réponse Nationale, tous membres de la commission technique de travail multisectorielle en suivi et évaluation de la riposte au VIH/sida (composition: annexe 1) ;
- 07 mars 2014 : organisation au siège du CNLS de l'atelier d'orientation de la rédaction du GARPR ;
- Du 12 au 22 mars 2014 : collecte des données programmatique, financière et politique pour documenter les différents indicateurs du GARPR (y compris les indicateurs de l'Accès Universel) et élaboration du rapport narratif ;
- 25 mars 2014 : tenue de la réunion technique de travail de partage et d'amendement du rapport et préparation de l'atelier de validation du rapport ;
- 28 mars 2014 : réunion de validation du rapport.

### **1.2. Statut de l'épidémie en Guinée**

L'analyse des différentes données épidémiologiques, permet d'apprécier le caractère hétérogène de l'épidémie de VIH en Guinée, tant du point de vue sociodémographique que du point de vue géographique, il s'agit d'une épidémie généralisée (1,7% chez les 15-49 ans, EDS 2012), avec une prévalence largement au-dessus de la prévalence nationale parmi certains groupes (ESCOMB 2012): HSH (56,6%), PS (16,7%), Prisonniers (9,4%), Routiers (5,4%), Miniers (5,9%), Hommes en uniforme (5,6%), Pêcheurs (5,3%), Jeunes 15-24 ans (2,5%), Tuberculeux (28,6%). L'obtention d'informations quantitatives et qualitatives sur les profils des populations et leur accès aux programmes de prévention de soins et de soutien, a



permet de retenir qu'en Guinée, quatre principaux groupes caractérisent la dynamique de l'épidémie (CSN 2013-2017) :

- Les populations les plus exposées au risque de contamination par le VIH : Professionnelles de sexe, Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, Travailleurs migrants, Population carcérale ;
- Les populations passerelles : Routiers, Miniers, Hommes en uniforme ;
- Les populations vulnérables vis-à-vis du VIH : Jeunes de 15-24 ans (scolarisés, déscolarisés et non scolarisés), Femmes enceintes ;
- Les populations infectées et/ou affectées par le VIH : Personnes vivant avec le VIH, Orphelins du sida et autres enfants vulnérables, Veuf(ve)s du sida.

### ***1.3. Politiques et programmes de riposte***

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

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

Les programmes de riposte au sida sont élaborés et mis en œuvre selon les résultats escomptés du cadre stratégique national dans les domaines de la prévention, de la prise en charge et des soins et soutien :

- Prévention : les programmes ciblent essentiellement la population générale, les jeunes et les personnes vulnérables (subvention accordée par le Fonds mondial incluant un volet prévention, y compris la PTME) et les populations les plus exposées au risque de contamination par le VIH (avec un paquet de services selon une approche d'interventions combinées, qui s'articulent autour de la CCC, l'accès aux préservatifs et au gel lubrifiant, la prise en charge syndromique des IST, le conseil, le dépistage VIH) ;
- Prise en charge globale : le paquet de services mis en œuvre tient compte des recommandations internationales et nationales en matière de traitement y compris l'appui nutritionnel, du renforcement du plateau technique et de l'amélioration du système d'approvisionnement, de stockage et de distribution des produits de santé ;
- Droits humains : le paquet de services porte sur la protection et le respect des droits humains, avec pour principales interventions : la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH et des groupes les plus exposés, l'offre des services juridiques, les actions de plaider auprès des leaders communautaires et religieux, des autorités administratives, ainsi que les actions pour l'acceptation sociale des PVVIH au sein de la population générale.

## 1.4. Tableau des indicateurs

Tableau 1 : indicateurs de base. GARP. EDS 2012, ESCOMB 2012 et autres sources. Guinée.

Objectifs	N°	Libellé des indicateurs	GARPR 2013	Source	GARPR 2014	Source
<b>Objectif 1.</b> D'ici à 2015, réduire de 50% le taux de transmission du VIH par voie sexuelle	1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	24,8% (771/3111)	ESCOMB 2012	25,5% (1281/5019)	EDS-MICS 2012
	1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	12,0% (251/2097)	ESCOMB 2012	20,6% (1035/5019)	EDS-MICS 2012
	1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	7,5% (1002/12934)			EDS-MICS 2012
	1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	27,9% (277/994)			EDS-MICS 2012
	1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	4,8% (596/12495)			EDS-MICS 2012
	1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	2,5% (65/2615)	ESCOMB 2012	1% (31/3260)	EDS-MICS 2012
<b>Population générale</b>	1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	58,3% (614/1054)			ESCOMB 2012
	1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	73,2% (814/1054)			ESCOMB 2012
	1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	79,6% (839/1054)			ESCOMB 2012
	1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	16,7% (162/969)			ESCOMB 2012
<b>Professionnel(le)s du sexe</b>	1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	58,3% (614/1054)			ESCOMB 2012
	1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	73,2% (814/1054)			ESCOMB 2012
	1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	79,6% (839/1054)			ESCOMB 2012
	1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	16,7% (162/969)			ESCOMB 2012

Objectifs	N°	Libellé des indicateurs	GARPR 2013	Source	GARPR 2014	Source
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	39,3% (95/242)			ESCOMB 2012
	1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	25,2% (61/242)			ESCOMB 2012
	1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	45,9% (111/242)			ESCOMB 2012
	1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	56,6% (137/242)			ESCOMB 2012
<b>Objectif 2.</b> Réduire de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables d'ici à 2015	2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	ND			
	2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	ND			
	2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	ND			
	2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND			
	2.5	Pourcentage de CDI qui vivent avec le VIH	ND			
<b>Objectif 3.</b> D'ici à 2015, éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida**	3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	43,6% (1961/4499)	Rapport PNPCSP 2012	62,18% (3921/6306)	Rapport PNPCSP 2013
	3.1a	Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour elles-mêmes ou leurs enfants en période d'allaitement	-		48,5%	Rapport PNPCSP 2013
	3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le	0,8% (8/2275)	Rapport PNPCSP 2012	5,66% (357/6306)	Rapport MSF/B

Objectifs	N°	Libellé des indicateurs	GARPR 2013	Source	GARPR 2014	Source
		VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie				
	3.3	Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH nés de mères séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois	30,53%	Spectrum 2012	22,23%	Spectrum 2013
<b>Objectif 4.</b> D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH	4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral*	60,2% (24828/41253)	Rapports PNPCSP 2012	22,8% (27792/121951)	Rapports PNPCSP 2013/Spectrum
	4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	72.2 (855/1182)	Rapport MSF/B 2012	75% (656/875)	Rapport PNPCSP 2013
<b>Objectif 5.</b> D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	15,4% (832/5404)	Rapports PNPCSP/P NLAT 2012	26,94% (1534/5694)	Rapports PNPCSP/P NLAT 2013
<b>Objectif 6.</b> D'ici à 2015, réduire le déficit mondial de moyens de riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars américains dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la riposte au sida par catégorie et sources de financement	USD 13,379,757	GARPR 2012	USD 13,890,560.78	GARPR 2013
<b>Objectif 7.</b> Éliminer les inégalités entre les sexes	7.1	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois.	36.5%	Rapport Min. Affaires Sociale et enfance : 2009 (Enquête nationale sur les violences basées sur le genre)	36.5%	Rapport Min. Affaires Sociale et enfance : 2009 (Enquête nationale sur les violences basées sur le genre)

Objectifs	N°	Libellé des indicateurs	GARPR 2013	Source	GARPR 2014	Source
<b>Objectif 8.</b> Éliminer la stigmatisation et la discrimination	8.1	Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH				
<b>Objectif 9.</b> Éliminer les restrictions en matière de déplacement		<i>Les données relatives aux restrictions en matière de déplacement sont collectées directement par la Division Lois et Droits de l'Homme, basée au siège de l'ONUSIDA ; aucune donnée ne doit donc être transmise.</i>	Non applicable en Guinée	-	-	
<b>Objectif 10.</b> Renforcer l'intégration des personnes vivant avec le VIH	10.1	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	ND			
	10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	ND			
Questions sur les politiques suivies (valables pour les 10 objectifs)		Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)	Voir annexe 1			
<p>* Indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement  ** Le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie définit cet objectif comme suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réduction de 90 % du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants ;</li> <li>2. Réduction de 50 % du nombre de décès maternels liés au sida.</li> </ol>						

## Chapitre II : Situation de l'épidémie et de la riposte nationale au VIH/Sida

### 2.1. Bref aperçu sur la situation socio-démographique et sanitaire

#### 2.1.1. Situation géographique

Pays côtier de l'Afrique de l'Ouest, la République de Guinée se situe entre les 7° et 12° de latitude nord et les 8° et 15° de longitude ouest. Il couvre 245 857 Km<sup>2</sup>, limité par l'océan Atlantique et la Guinée Bissau à l'Ouest, la Côte d'Ivoire à l'Est, le Sénégal et le Mali et Siéra Léone et le Libéria au Sud.

La Guinée est divisée en quatre régions naturelles bien distinctes et homogènes:

- (1) la Basse Guinée ou Guinée Maritime;
- (2) la Moyenne Guinée ou Foutah Djallon;
- (3) la Haute Guinée;
- (4) la Guinée Forestière.

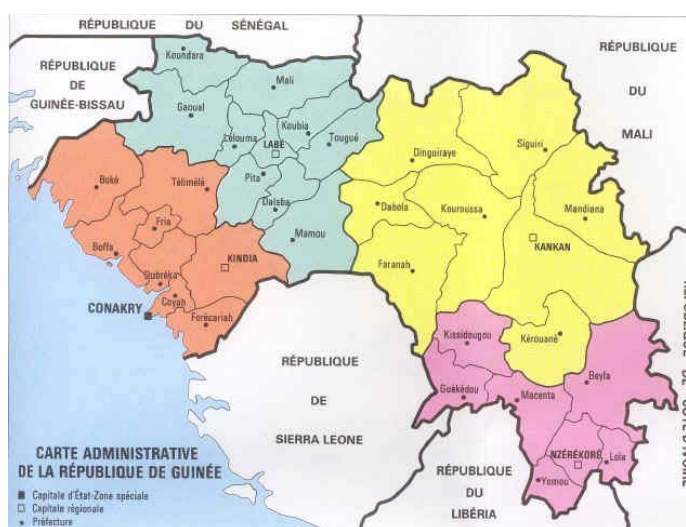


Figure 1 : Carte administrative de la Guinée

Chaque région naturelle possède des particularités distinctes du point de vue climat, sols, végétation et mode de vie des populations.

Sur le plan administratif, la Guinée compte 8 régions administratives (voir fig. 1), y compris la Capitale Conakry, 33 préfectures, 38 communes urbaines (CU) dont 5 à Conakry, 303 communautés rurales de développement (CRD) et 1615 districts ruraux.

#### 2.1.2. Situation socio-démographique

Selon les projections de l'Institut National des Statistiques basées sur les estimations des Nations Unies [Nations Unies, 2013], la population guinéenne est estimée en 2013 à 11 955 218 habitants, avec une densité de 49 habitants au Km<sup>2</sup>. Le troisième recensement général de la population et l'habitation qui est cours permettra d'actualiser les données du dernier recensement. Environ 65% de la population vivent en milieu rural et les femmes représentent près de 51% de la population. La population croît rapidement en raison d'une fécondité élevée (ISF 5,1 en 2012) et d'une mortalité infantile en baisse (67 pour 1000 en

2012) [EDS-MICS, 2012]. Il résulte de cette forte croissance une extrême jeunesse de la population : plus de 50% avaient moins de 18 ans en 2010 [Nations Unies, 2013].

L'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté en Guinée [ELEP, 2012] indique que 55,2% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 300 dollars US par an). La croissance économique est estimée à 3,9% en 2012 et l'inflation se situe à 12,8% contre 19% en 2011. Près de 68% des ménages ont accès à l'eau potable et seulement 19% disposent de l'électricité. Le chômage touche 10,5% de la population urbaine et 14% de la population de Conakry. Les réformes amorcées par le gouvernement ont permis l'atteinte du point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE) en 2012. Selon le rapport sur l'Indice de Développement Humain (IDH), la Guinée se situe au 178ème rang sur 186 pays.

Tableau 1 : Sélection d'indicateurs liés aux OMD pour la République de Guinée

N°	Indicateurs	Valeur	Sources	Année
1	Population générale	11 955 218	Nations Unies	2013
2	Esperance de vie à la naissance	54,5 ans	Rapport IDH 2013, PNUD	2014
3	Taux d'accroissement annuel moyen	de 2,5%	Rapport IDH 2013, PNUD	2014
4	Population de moins de 15 ans	45,6%	Institut National des Statistiques	2014
5	Taux d'alphabétisme des adultes de 15 ans et plus	34%	Institut National des Statistiques	2012
6	PIB par habitant en US\$	990	Rapport IDH 2013, PNUD	2014
7	Classement selon l'Indice de Développement Humain (IDH)	178 <sup>ème</sup> /186 pays (0,355)	Rapport IDH 2013, PNUD	2014

### 2.1.3. Système de santé et autres services sociaux de base

En matière de politique de santé, la Guinée a opté pour la stratégie de la décentralisation dans la perspective de l'accès universel des populations aux soins de santé de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Pour y parvenir, les axes suivants ont été retenus dans le Plan Stratégique de Développement Sanitaire 2003-2012 : (i) la lutte intégrée contre la maladie et la mortalité, (ii) le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion, (iii) l'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services, (iv) le développement des ressources humaines, et (v) la promotion de la santé.

La plupart des indicateurs socio sanitaires de la Guinée sont parmi les plus préoccupants de la sous-région ouest-africaine (tableau 3).

Tableau 3: Indicateurs sur l'état de santé de la population, EDS, 2005 et 2012, Guinée.

Indicateurs	EDS 2005	EDS 2012
Taux brut de mortalité des adultes	11,05%	10,19%
Taux de mortalité néonatale	39%	35%

Taux de mortalité infanto-juvénile	163%	122%
Taux de mortalité maternelle	980 /100 000 NV	710 /100 000 NV *
Couverture en CPN	82%	85%
Taux d'accouchements assistés	38%	49%
Taux de prévalence contraceptive	9%	8,5%
Taux de séroprévalence VIH	1,5%	1,7%
Insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans	26%	18%
Enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés	37%	37%
Espérance de vie à la naissance	62 ans	58,9 ans**

Le système de soins en République de Guinée est structuré en trois niveaux :

- le niveau central (correspond au territoire national): est chargé de la conception, de la supervision, du contrôle et de l'évaluation de la politique du Gouvernement en matière de santé ;
- le niveau intermédiaire (correspond à la région administrative): est chargé de la supervision et du contrôle des orientations données par le niveau central, en vue de leur traduction en activités opérationnelles ; et
- le niveau périphérique ou préfectoral (correspond au district sanitaire) : c'est le niveau opérationnel, chargé de la réalisation des activités sur le terrain.

Jusqu'en 2009, les effectifs du système de santé guinéen correspondaient à 0,855 professionnel de la santé pour 1000 habitants (OMS: 2,3 agents de santé pour 1000 habitants). L'application des différentes normes en termes de types de structures et de critères d'implantation donne une répartition des infrastructures sanitaires publiques qui se présente comme suit (tableau 4).

Tableau 4: Répartition géographique des infrastructures publiques de soins, DNEHS, Guinée, 2012.

N°	Régions administratives	Poste de santé	CS	CS Amélioré	HP/CMC	HR	HN	TOTAL
1	Conakry	4	22	0	5	0	3	34
2	Kindia	153	55	0	5	1	0	214
3	Boké	108	42	2	4	1	0	157
4	Mamou	97	36	0	2	1	0	136
5	Labé	176	65	1	4	1	0	247
6	Faranah	96	43	0	3	1	0	143
7	Kankan	134	67	0	4	1	0	206
8	N'Nzérékoré	157	77	2	7	1	0	244
<b>Total</b>		<b>925</b>	<b>407</b>	<b>5</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1381</b>



## 2.2. Situation de l'épidémie du VIH en Guinée

### 2.2.1. Prévalence du VIH

La Guinée est un pays à épidémie généralisée, avec une séroprévalence du VIH estimée à 1,7% en 2012 (EDS-MICS, 2012). Cette situation est restée relativement stable entre 2005 (1,5%, EDS) et 2012 (1,7%, EDS). Toutefois, cette prévalence présente de grandes disparités selon le lieu de résidence (urbain : 2,7% et rural : 1,2%), le sexe (féminin: 2,1%, masculin: 1,2%), l'âge (15-24 ans: 0,9%, avec 1,5% chez les 15-19 ans et 25-49 ans: 2,3%), et

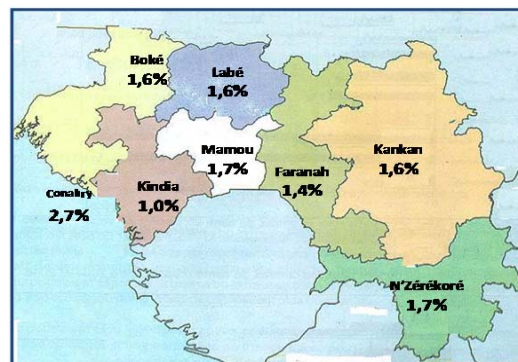


Figure 2 : Prévalence du VIH selon la région administrative, EDS-MICS, Guinée, 2012

selon la région (figure ci-contre). La figure ci-dessous montre l'évolution de la prévalence entre 2005 et 2012, selon la région.

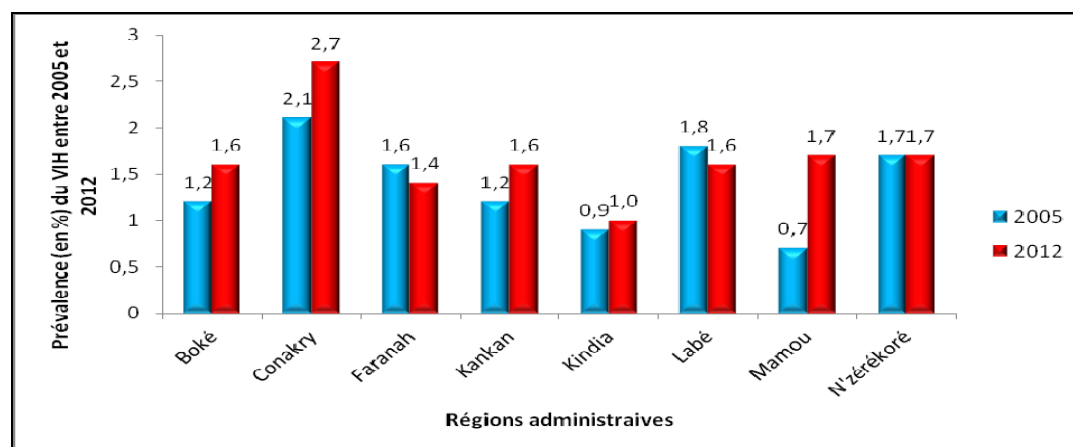


Figure 3: Prévalence du VIH selon région administrative, Guinée, EDS-MICS 2005 et 2012.

La tendance reste la même aussi bien en 2012 qu'en 2005, avec les régions de Conakry et Labé toujours au-dessus de la prévalence nationale.

Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, la prévalence est nettement plus élevée chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes (figure 2)

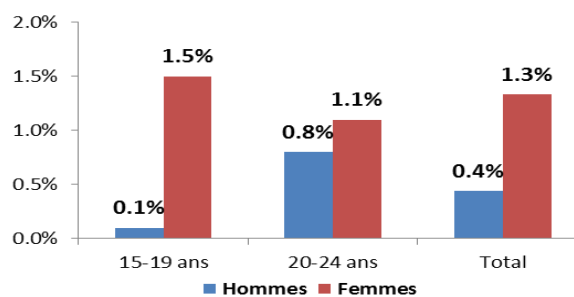


Figure 4: Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans, Guinée, EDS-MICS 2012

Si, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est restée relativement stable entre 2001 (2,8%, ESSIDAGUI) et 2008 (2,5%, ENSS), il est à craindre un réponde de l'épidémie chez cette population au regard de la prévalence entre 2011 et 2013 chez les femmes enceintes vues en CPN : 2,7%

(2011), 3,4% (2012) et 3,7% (2013), selon les rapports annuels du PNPCSP. Dans tous les cas, quelque soit la source, la prévalence chez les femmes enceintes semble restée au-dessus de la prévalence nationale entre 2001 et 2013.

Dans les groupes spécifiques, selon l'enquête de surveillance comportementale et biologique sur le VIH (ESCOMB) réalisée en 2012, la prévalence du VIH chez chacun des groupes spécifiques est donnée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Prévalence du VIH dans les groupes spécifiques, ESCOMB, Guinée, 2007 et 2012

Groupe		Prévalence (ESCOMB)	
		2007 (%)	2012 (%)
Groupes clés	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	-	56,6(*)
	Professionnelles du sexe (PS)	34,4	16,7
	Population carcérale/Prisonniers	-	9,4
Groupes passerelles	Routiers	5,5	5,4
	Miniers	5,2	5,9
	Hommes en Uniforme	6,5	5,6
	Pêcheurs	5,6	5,3
Autres groupes	Jeunes	-	2,5
	Patients tuberculeux	-	28,6

Ce tableau montre que la situation du VIH chez les groupes spécifiques reste préoccupante et en particulier chez les populations clés.

### 2.2.2. Modes de transmission

Le modèle sur les modes de transmission (MoT), proposé par l'ONUSIDA, a permis d'estimer en Mars 2013 les sources des nouvelles infections au VIH, comme le montre le graphique ci-dessous :

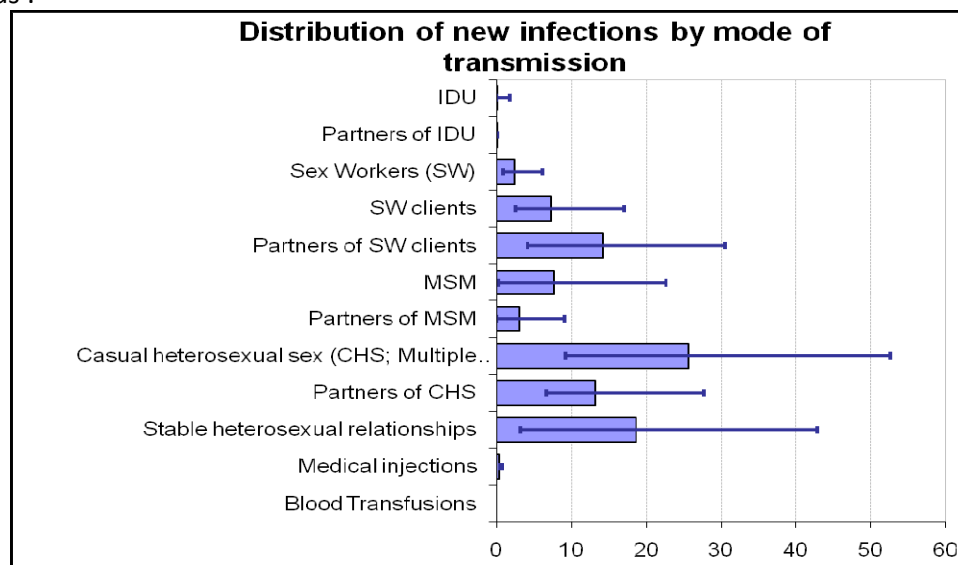


Figure 5: Distribution des nouvelles infections VIH, MOT, Guinée, 2013.

- L'épidémie se diffuse essentiellement dans les populations liées au commerce du sexe (professionnelles du sexe, leurs clients, et les partenaires de leurs clients), et dans les populations ayant des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels (jeunes et certaines populations clés comme les pêcheurs, miniers, routiers...), et certaines personnes en couple stable et leurs partenaires. Ces deux clusters de transmission totalisent près de 60% des nouvelles infections (dont près de 20% dans des couples stables et séro-différents) ;
- Les HSH et leurs partenaires féminines, même avec une hypothèse de prévalence moindre que celle observée dans l'ESCOMB 2012, représentent plus de 10% des nouvelles infections ;
- Les IDU, de par leur faible présence dans la population, représentent moins de 5% des nouvelles infections. L'estimation la plus haute de leur place dans les nouvelles infections dépasse à peine les 100 infections annuelles. Figure ci-dessous montre la distribution des nouvelles infections suivant les populations avec les limites possibles.

### 2.2.3. Nouvelles infections VIH

Les estimations sur le VIH réalisées en 2013 au moyen du logiciel Spectrum avec l'appui de l'ONUSIDA a fourni les données présentées dans le tableau 7.

Tableau 7 : Estimations des nouvelles infections VIH de 2012 à 2016, Spectrum, Guinée, 2013

<b>Adultes</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Inférieur 2,50%	4422	4 175	4 008	3 910	3 810	3 674
<b>Moyen 50%</b>	<b>8606</b>	8 209	7 539	7 318	7 213	7 018
Supérieur 97,50%	14421	13 756	12 611	12 383	12 376	12 322
<b>Enfants</b>						
Inférieur 2,50%	1292	1 006	954	907	856	793
<b>Moyen 50%</b>	1916	1 407	1 356	1 305	1 249	1 186
Supérieur 97,50%	2835	1 985	1 940	1 898	1 842	1 777

Les résultats de la modélisation suggèrent une stabilisation des nouvelles infections entre 2012 et 2017 aussi bien chez les adultes que chez les enfants, pourvu que les acquis actuels soient maintenus ou renforcés.

### 2.2.4. Décès dus au sida

Les estimations sur le VIH réalisées en 2013 au moyen du logiciel Spectrum avec l'appui de l'ONUSIDA a fourni les données présentées dans le tableau 7.

Tableau 8 : Estimations des décès dus au sida de 2012 à 2016, Spectrum, Guinée, 2013

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Inférieur 2,50%	3230	3 287	3 467	3 345	3 099	2 852
<b>Moyen 50%</b>	<b>5173</b>	<b>4 545</b>	<b>4 249</b>	<b>4 107</b>	<b>3 902</b>	<b>3 646</b>
Supérieur 97,50%	8018	6 136	5 311	5 214	4 991	4 734

Les résultats de la modélisation suggèrent une légère diminution des cas de décès entre 2012 et 2017 aussi bien chez les adultes que chez les enfants, pourvu que les acquis actuels soient maintenus ou renforcés.

## Chapitre III : Riposte nationale au VIH/Sida

---

### 3.1. Engagements nationaux

Le cadre stratégique national 2013-2017 se fonde sur 7 points parmi lesquels, l'engagement des autorités nationales et des acteurs nationaux, afin de maintenir et d'augmenter les acquis obtenus à l'issue de la mise en œuvre du cadre stratégique national 2008-2012. Cet engagement se traduit au plus haut niveau par de nombreuses actions :

- La participation de la Première Dame de la République à l'assemblée générale ordinaire du comité national de lutte contre le sida, qui a été effectivement présidée par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement et Président du CNLS ;
- Le maintien et l'augmentation de 2011 à 2012 (de 4% à 16%) dans la loi de finances de la ligne budgétaire sur le VIH, avec décaissements effectifs et réguliers, avec un taux de décaissement de 98% en 2013 ;
- La volonté des autorités de poursuivre le plaidoyer pour une mobilisation accrue des ressources extérieures en offrant en contre-partie un certain nombre de facilités : exonérations douanières, mise à disposition de locaux et ressources matérielles et humaines...
- La décentralisation effective jusqu'au niveau régional du Secrétariat Exécutif du CNLS sur fonds étatiques ;
- Le lancement de l'initiative de traitement 2015 de l'OMS et l'adoption de la stratégie de l'option B+ dans le cadre de l'eTME.
- la diffusion, en 2013, du contenu de l'ordonnance N°056 relative à la prévention, aux soins, soutien et protection des personnes infectées et affectées par le VIH ;
- L'acceptation par le Ministre des Droits de l'Homme et Libertés publiques de parrainer le processus de mise en place de l'observatoire des droits des personnes vivant avec le VIH.

Ainsi, les dépenses se présentent de la manière suivante :

- **Dépenses totales de lutte contre le VIH/sida par source de financement**

En 2013, les dépenses totales exécutées dans le cadre de la lutte contre le sida ont été estimées à hauteur de **14 413 834.62** USD soit **100 896 842 316,76** GNF. Les dépenses effectuées proviennent de trois principales sources. Les fonds internationaux viennent en tête de liste 81,94% suivis des fonds publiques (financement de l'Etat) 18,05% et puis les fonds privés 0,02%. Ce résultat montre que le pays reste toujours dépendant des fonds internationaux. En 2013, on note une augmentation des dépenses relatives à lutte contre le VIH/Sida en Guinée. La part contributive de l'Etat dans la riposte nationale est passée de 15,92% en 2012 à 18,72% en 2013. Il faut par ailleurs souligner que ces dernières années, l'Etat guinéen a fourni des efforts considérables dans le financement de la riposte. L'augmentation de la participation de l'Etat s'expliquerait par la création et l'alimentation d'une ligne budgétaire dans le budget national de développement pour l'achat des produits VIH et le fonctionnement du Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida Cf. tableau ci-dessous.

**Tableau 9:** Estimations des dépenses totales de lutte contre le VIH/sida selon la source de financement de 2012 à 2013, GARP, Guinée, 2014.

Sources de financement	2012		2013	
	Montant (USD)	%	Montant (USD)	%
Publiques	2,210,480.93	15,92	2,600,991.67	18,05
Internationales	11,367,393.69	81,92	11,809,985.80	81,94
Privées	229,726.20	2,16	2,857.14	0,02
<b>TOTAL (USD)</b>	<b>13,876,213.00</b>	<b>100,00</b>	<b>14,413,834.62</b>	<b>100,00</b>

S'agissant des dépenses par chapitre d'intervention, en 2013, 58,33% des dépenses totales ont profité au traitement et 19,89% à la gestion et administration des programmes contre 7,00% en 2012. En 2013, les dépenses totales relatives à la prévention s'élève à hauteur de 1 973 791,39 USD (13,70%) contre 1 870 513,51 USD (13,48%) en 2012.

Les autres catégories de dépenses notamment incitation des ressources humaines (3,30%), soins en établissement (2,82%), environnement propice (1,76%) etc. ont été insuffisamment financées Cf. tableau ci-dessous.

- **Dépenses totales de lutte contre le VIH/sida par type d'intervention**

**Tableau 10:** Estimations des dépenses totales de lutte contre le VIH/sida selon le type d'intervention 2012 à 2013, GARP, Guinée, 2014.

Catégories de dépenses	2012		2013	
	Montant (USD)	%	Montant (USD)	%
Prévention	1,870,513.51	13,48	1,973,791.39	13,70
Traitement ambulatoire	10,649,993.48	76,75	8,404,351.75	58,33
Soins en établissement			406,898.13	2,82
Renforcement de la gestion et de l'administration des programmes	971,334.91	7,00	2,865,348.40	19,89
Mesure d'incitation pour les ressources humaines	165,126.93	1,19	475,960.79	3,30
Protection sociales et services sociaux (OEV exclus)	149,863.10	1,08	14,575.00	0,10
Orphelins et Enfants vulnérables	65,381,07	0,50	9,825.93	0,07
Environnement propice			254,159.38	1,76
Recherche à l'exclusion de la recherche opérationnelle incluse ailleurs			3,000.00	0,02
<b>TOTAL</b>			<b>13,876,213.00</b>	<b>100,00</b>

- **Dépenses totales de lutte contre le VIH/sida par population bénéficiaire**

La majorité des dépenses sont effectuées en faveur des personnes infectées par le VIH/Sida (61,68%) suivies des acteurs de la riposte (18,87%), de la population générale (8,72%), corps médical (4,22%), les femmes enceintes séropositives (1,78%) Cf. tableau ci-dessous.

**Tableau 11:** Estimations des dépenses totales de lutte contre le VIH/sida selon la population bénéficiaire 2012 à 2013, GARP, Guinée, 2014.

Catégories de dépenses	2012		2013	
	Montant (USD)	%	Montant (USD)	%
Personnes infectées par le VIH	10,815,120.41	77,94	8,890,518.20	61,68
Population générale	1,473,653.82	10,62	1,256,920.21	8,72
Acteurs de la riposte	838,123.27	6,04	2,719,524,01	18,87
Population à risque non ventilée par type	206,755.57	1,49		
Femmes enceintes séropositives	127,661.16	0,92	256,634.04	1,78
Orphelins et Enfant vulnérables	135,986.89	0,98	9,825.93	0,07
Enfants nés de mère séropositives	37,465.78	0,27	201,281.60	1,40
Corps médical	87,420.14	0,63	608,797.38	4,22
Femme enceinte	31,915,29	0,23	49,219.97	0,34
Jeune de 15 à 24 ans non ventilés par sexe	22,201.94	0,16	38,271.38	0,27
Professionnelles de sexe (PS)	22,201.94	0,16	70,167.46	0,49
Refugés ou déplacés à l'extérieur			0.00	0,00
Autres populations clés non ventilées par type			0.00	0,00
Enfants au secondaire (collège et lycée)			0.00	0,00
Population adulte de plus de 24 ans non ventilée par sexe			0.00	0,00
Population générale non ventilée par sexe	76,319.17	0,55	270,857.99	1,88
Adolescent et jeunes non scolarisés			0.00	0,00
Adulte femme			0.00	0,00
Enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH			0.00	0,00
Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)			37,530.73	0,26
<b>TOTAL</b>	<b>13,876,213.00</b>	<b>100,00</b>	<b>14, 413, 834.62</b>	<b>100,00</b>

### 3.2. Prévention

La mise en œuvre des programmes de prévention entre 2012 et 2013 s'est faite conformément au cadre stratégique nationale en vigueur. Les populations ciblées étaient essentiellement :

- La population générale ;
- Les populations clés (PS, HSH, prisonniers) ;
- Les groupes passerelles (routiers, hommes en uniforme, miniers, pêcheurs) ;
- Les personnes vulnérables: femmes enceintes, jeunes 15-24 ans, orphelins et enfants vulnérables ;
- Les personnes affectées: personnes vivant avec le VIH

Le paquet d'activités mis à disposition tenait compte du type de population, il pouvait inclure tout ou partie des services suivants : CCC, distribution de préservatif, orientation vers les centres de prise en charge des IST, orientation vers les services de dépistage volontaire, dépistage mobile et/ou à l'initiative du soignant, campagnes en milieu de travail pour l'application des mesures de précautions universelles, la sécurité transfusionnelle, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (dépistage, prophylaxie, suivi de la mère et du nourrisson, médiation communautaire)...

Ainsi, les évolutions suivantes ont pu être observées :

Tableau 12: Données d'indicateurs traceurs en matière de prévention 2012 à 2013, GARP, Guinée, 2014.

Indicateur	2012		2013		Commentaires
	Valeur	Source	Valeur	Source	
Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	24,8% (771/3111)	ESCOMB	-	-	
	25,5% (1281/5019)	EDS-MICS	-	-	
Nombre de sites PTME (offre de services)	89	Rapport PNPCSP	131	Rapport PNPCSP	
Nombre de femmes enceintes reçues en CPN/PTME	138213	Rapport PNPCSP	107217	Rapport PNPCSP	
Nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH	85080	Rapport PNPCSP	64521	Rapport PNPCSP	
Nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH et qui ont retiré leur résultat	68387	Rapport PNPCSP	63329	Rapport PNPCSP	
Femmes enceintes séropositives	2740	Rapport PNPCSP	2391	Rapport PNPCSP	
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	43,6% (1961/4499)	Rapport PNPCSP	62,18% (3921/6306)	Rapport PNPCSP	
Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH nés de mères séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois	30,53%	Spectrum 2012	22,23%	Spectrum 2013	

- Il a été observé plusieurs épisodes de rupture de réactifs en 2013 malgré l'augmentation du nombre de sites PTME. Ce sont 47% seulement des femmes

enceintes reçues en CPN dans les sites PTME qui ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH et ont retiré leur résultat ;

- Selon les projections du Spectrum Guinée 2013, 6306 femmes ont besoin de thérapie anti rétrovirale. Le rapport 2013 du PNPCSP indique que 3921 ont reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant au cours de la grossesse et de l'accouchement, soit une couverture PTME de 62,18% (3921/6306) ;
- Selon la même étude, 1407 enfants ont été nouvellement infectés par le VIH en raison de la transmission mère-enfant parmi les enfants nés de mères séropositives au cours des 12 derniers mois. Ainsi, 22,31% (1407/6306) enfants ayant été infecté par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours de 12 derniers mois contre 29,93% (1347/4499) en 2012.

### 3.3. Prise en charge

La mise en œuvre des programmes de prise en charge entre 2012 et 2013 s'est faite conformément au cadre stratégique nationale en vigueur. Les populations ciblées étaient essentiellement :

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

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

Ainsi, les évolutions suivantes ont pu être observées :

Tableau 12: Données d'indicateurs traceurs en matière de prise en charge 2012 à 2013, GARP, Guinée, 2014.

Indicateur	2012		2013		Commentaires
	Valeur	Source(s)	Valeur	Source(s)	
Nombre de personnes infectées par le VIH	120000	Spectrum 2012	121951	Spectrum 2013	
Besoins en ARV	41151	Spectrum 2012	57845	Spectrum 2013	2012: CD4=350/mm <sup>3</sup> 2013: CD4=500/mm <sup>3</sup>
Nombre et pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral*	60,2% (24828/41253)	Rapport PNPCSP	- 27792	Rapport PNPCSP	
Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	72,2% (855/1182)	Rapport MSF/B	75% (656/875)	Rapport PNPCSP	
Prévalence du VIH chez les patients tuberculeux	28,6%	ESCOMB	-	-	
Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	15,4% (832/5404)	Rapports PNPCSP PNLAT	26,94% (1534/5694)	Rapports PNPCSP PNLAT	



Selon le rapport annuel 2013 du Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/ Sida (PNPCSP 2013), 121951 personnes infectées par le VIH parmi lesquels 27792 bénéficient d'un traitement ARV, soit une couverture nationale de 22,8%.

- Femmes : couverture nationale = 26,7% (17446/65356) ;
- Hommes : couverture nationale = 21,2% (9013/42612) ;
- Enfants (<15 ans) : couverture nationale = 9,5% (1333/13983).

### 3.4. Soins et soutien

La mise en œuvre des programmes de soins et soutien entre 2012 et 2013 s'est faite conformément au cadre stratégique nationale en vigueur. Les populations ciblées étaient essentiellement :

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

Le paquet d'activités mis à disposition pouvait inclure au moins un des services suivants : prise en charge socio-économique, accompagnement psycho-social, accompagnement juridique... Ainsi, les évolutions suivantes ont pu être observées :

Tableau 12: Données d'indicateurs traceurs en matière de soins et soutien 2012 à 2013, GARP, Guinée, 2014.

Indicateur	2012		2013		Commentaires	
	Valeur	Source	Valeur	Source		
Nombre de personnes ayant bénéficié d'une prise en charge socio-économique	Appui scolaire	ND	-	ND	-	
	Appui alimentaire	6989	PAM	16000	PAM	
	Activités génératrices de revenu	ND	-	ND	-	
Nombre d'assistants psycho-sociaux actifs dans les centres de prise en charge des PVVIH	-	-	41	SE/CNLS		
Pourcentage de personnes (hommes et femmes de 15 à 49 ans) ayant entendu parler du VIH/sida et qui n'ont pas d'attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida	94,6% (11182/11823)	EDS-MICS	-	-	-	
Existence d'un dispositif d'accompagnement juridique des PVVIH pour la lutte contre la discrimination et la stigmatisation	Oui	Rapport CNLS	Oui	Rapport CNLS		

## Chapitre IV : Bonnes pratiques

---

L'engagement des plus hautes autorités dans la riposte au VIH en Guinée couplé au plaidoyer de haut niveau, marqué par les passages successifs à Conakry du Directeur Exécutif de l'ONUSIDA et du Directeur régional Afrique de l'Ouest et du Centre de l'ONUSIDA, ont permis à l'Etat d'augmenter significativement sa contribution (de 4% en 2011 à 19% en 2013) à la riposte nationale au sida. Cette augmentation de l'enveloppe budgétaire a favorisé l'augmentation du nombre de personnes bénéficiant du traitement antirétrovirale et le renforcement de la coordination des interventions en matière de lutte contre le VIH/sida (fonctionnement et décentralisation de l'instance de coordination et de suivi des interventions sur le VIH/sida).

## Chapitre V : Défis de la riposte nationale au Sida

### 5.1. Progrès réalisés face aux défis précédents

Les progrès réalisés face aux défis précédents sont présentés selon le domaine : prévention, prise en charge et d'accompagnement des PVVIH, et coordination et de mobilisation des ressources.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

#### 5.1.1. En matière de prévention

Défis	Progrès réalisés entre 2012 et 2013
Faiblesse des fonds alloués à la prévention. En 2011, la prévention ne représentait que 9% des fonds alloués à la riposte en république de Guinée contre 21% en 2009.	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2012 : 13,48% ;</li><li>• 2013 : 14,21%.</li></ul>
Renforcer la prévention par le développement des activités auprès des groupes de population les plus à risque	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaboration d'une cartographie des PS et HSH suivie de l'estimation de la taille de chacune de ces populations clés ;</li><li>• Implication des populations clés dans le processus de planification stratégique et dans la mise en œuvre des activités les concernant ;</li><li>• Prise en compte des besoins HSH en matière de prévention de proximité : distribution de préservatifs et de gel lubrifiants, formation des pairs éducateurs.</li></ul>
Améliorer la couverture nationale en service de PTME. Il n'existe que 85 sites sur les 464 structures offrant les services de consultations prénatales pour tout le pays	Le nombre de sites offrant la PTME est passé de 89 (en 2012) à 131 (en 2013).
Améliorer la couverture nationale en service de CDV.	Le nombre de centres offrant le conseil et dépistage volontaire du VIH est passé de 101 (en 2012) à 66 (en 2013).
Renforcer le système de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition au sang	Progrès insignifiant et le défis reste presque entier.

La plus faible performance a été enregistrée dans l'offre de services de conseil et dépistage volontaire du VIH, certainement en raison du retrait d'un partenaire important qu'est l'USAID à travers le projet « Faisons Ensemble » dont les sites n'ont pas été repris systématiquement.

### 5.2.2. En matière de prise en charge et d'accompagnement des PVVIH

Défis	Progrès réalisés entre 2012 et 2013
Faible accès à la thérapie ARV	2012 : 26666 personnes sous ARV 2013 : 27 792 personnes sous ARV
L'amélioration du suivi biologique des PVVIH (appareils CD4, charge virale...)	Au nombre d'appareils CD4 existant, il a été acquis sur fonds propres de la GIZ d'autres appareils CD4. Il n'y a pas eu d'acquisition de nouveaux appareils CD4 et d'appareils à charge virale.
L'amélioration de la prise en charge nutritionnelle et alimentaire des PVVIH	En 2012 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1938 PVVIH ont bénéficié d'une prise nutritionnelle avec l'appui du PAM ;</li> <li>• 6989 ménages affectés par le VIH ont bénéficié d'un appui alimentaire avec l'appui du PAM.</li> </ul> En 2013 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 400 PVVIH ont bénéficié d'une prise nutritionnelle avec l'appui du PAM ;</li> <li>• 16000 ménages affectés par le VIH ont bénéficié d'un appui alimentaire avec l'appui du PAM ;</li> <li>• 500 patients co-infectés TB/VIH ont bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle avec l'appui du PAM ;</li> <li>• 2000 ménages affectés par la co-infection TB/VIH ont bénéficié d'une prise nutritionnelle avec l'appui du PAM.</li> </ul>
L'amélioration de la couverture nationale en sites de prise en charge des PVVIH	Le nombre de sites de prise en charge des PVVIH est passé de 46 (en 2012) à 51 (en 2013).

La prise en charge et l'accompagnement des PVVIH entre 2012 et 2013 se sont largement améliorés. Certainement, grâce à l'augmentation du budget de l'Etat qui a entre autre servi à l'achat des antirétroviraux.

### 5.2.3. En matière de coordination et de mobilisation des ressources

Défis	Progrès réalisés entre 2012 et 2013
Faible mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le sida	Non applicable, le cadre stratégique national ayant été élaboré entre 2012 et 2013.
Dépendance financière du pays à l'extérieur dans le cadre de la riposte nationale au sida. En fin 2011, les fonds alloués à la riposte provenaient à 94% de l'extérieur (partenaires	Le montant de la ligne budgétaire sur le VIH dans la loi de finances est passé de 4% en 2011 à 19% en 2013

bilatéraux, partenaires multilatéraux et ONG internationales)	
Faible décentralisation du SE/CNLS au niveau des 8 régions administratives du pays. Il n'existe pour le moment que deux	Le nombre de coordinations régionales est passé de 2 (en 2012) à 4 (en 2013). Il reste encore 4 autres coordinations régionales à mettre en place.

## **5.2. Défis actuels et actions majeures**

### **5.1.1. En matière de prévention**

Les principaux défis identifiés dans le domaine de la prévention sont relatifs à :

- la robustesse des programmes de prévention pour atteindre un plus grand nombre de personnes dans les différents groupes spécifiques (populations clés, populations passerelles, groupes vulnérables) ;
- l'offre des services de dépistage à toutes les femmes enceintes reçues en CPN dans les différents sites PTME du pays et la prise en charge de façon systématique de toutes celles qui sont dépistées séropositives ;
- la fonctionnalité du système de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition au sang.

Les actions majeures préconisées pour garantir la réalisation des objectifs convenus sont:

- renforcer les programmes de prévention et la mise en œuvre d'activités de proximité auprès de chacune des différentes cibles. Le paquet d'activité doit s'offrir sur quatre (04) séances au minimum et doit comprendre : les actions de CCC, la distribution de préservatifs, l'orientation vers un centre adapté de prise en charge des IST et/ou la référence pour le dépistage du VIH ;
- Renforcer la chaîne de distribution en vue de minimiser les ruptures épisodiques d'intrants au niveau des sites offrant la PTME et impliquer davantage les médiatrices communautaires dans l'accompagnement psycho-social des femmes enceintes séropositives ;
- Renforcer le système de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition au sang

### **5.2.2. En matière de prise en charge et d'accompagnement des PVVIH**

Les principaux défis identifiés dans le domaine de la prise en charge sont relatifs à :

- La mise en œuvre des recommandations de l'OMS sur la mise sous traitement-2015 ;
- La maîtrise de la prise en charge de la co-infection TB/VIH ;
- La prise en charge des patients malnutris ;
- La baisse significative de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH.

Les actions majeures préconisées pour garantir la réalisation des objectifs convenus sont :

- Améliorer/renforcer le plateau technique (ressources humaines et ressources matérielles) nécessaire à la prise en charge des PVVIH ;
- Renforcer le dispositif de la gestion de la co-infection TB/VIH ;
- Intégrer l'appui nutritionnel dans la prise en charge globale des patients ;
- Assurer aux PVVIH une protection juridique adéquate.

### **5.2.3. En matière de coordination et de mobilisation des ressources**

Les principaux défis identifiés dans le domaine de la coordination et de la mobilisation des ressources sont relatifs à :

- La revue systématique du cadre stratégique national 2013-2017 pour en garantir la robustesse (planification axée sur les résultats, adaptation au cadre d'investissement ONUSIDA et au nouveau modèle de financement du Fonds mondial, prise en compte des recommandations OMS et de l'eTME) ;
- Le financement de la riposte fortement dépendant des ressources extérieures ;
- La décentralisation complète du SE/CNLS au niveau des 8 régions administratives du pays ;
- L'opérationnalisation des comités ministériels, régionaux et préfectoraux de lutte contre le sida.

Les actions majeures préconisées pour garantir la réalisation des objectifs convenus sont :

- Assurer la validation de la revue par le biais de l'assemblée générale du CNLS ;
- Mettre en place un cadre d'investissement sur la riposte au sida ;
- Poursuivre les efforts de décentralisation en cours, en vue de couvrir l'ensemble des régions administratives du pays ;
- Renforcer la multisectorialité et la décentralisation de la riposte au sida.

## Chapitre VI : Soutien des partenaires au développement

Le soutien apporté par les partenaires au développement en matière de riposte au VIH est multiforme et couvre l'ensemble des domaines d'intervention retenus dans le cadre stratégique national 2013-2017. Le tableau ci-dessous présente le type de soutien des principaux partenaires au développement, présents en Guinée.

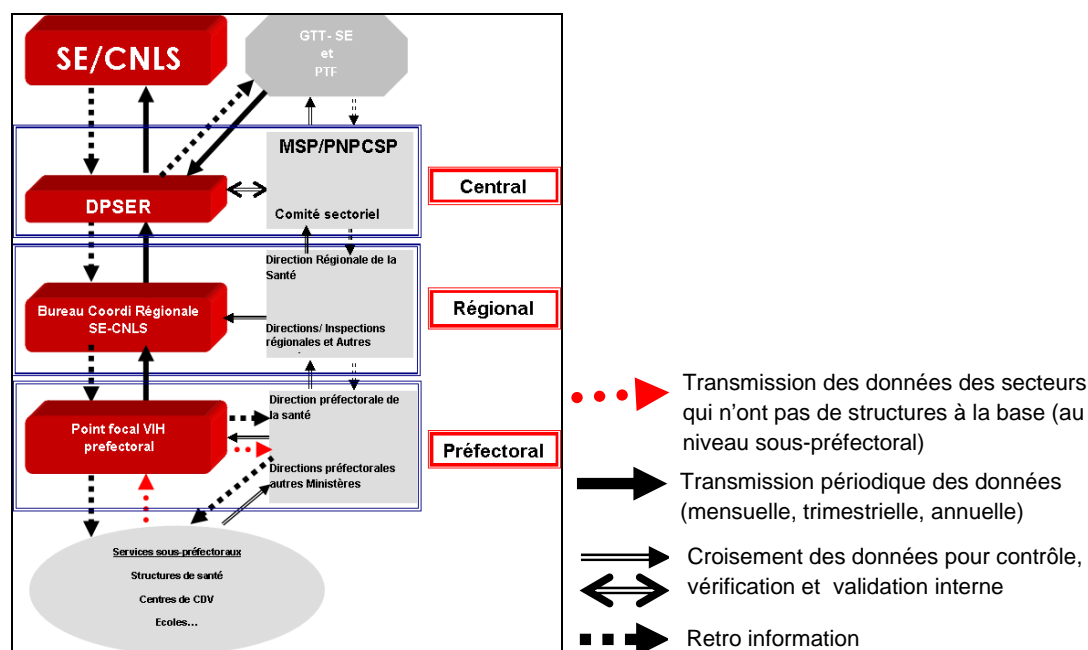
Partenaire	Domaines d'intervention et principales actions
SNU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui technique</li> <li>- Appui financier</li> <li>- Soutien socio-économique</li> <li>- Appui à la coordination de la riposte nationale</li> <li>- Plaidoyer pour la mobilisation des ressources intérieures et extérieures</li> </ul>
Fonds mondial	Prévention et prise en charge globale (la subvention consolidée a pour but de renforcer la décentralisation de la riposte nationale contre les IST/VIH pour l'accès universel et le renforcement du système de santé)
GIZ	Assistance technique et prévention de proximité auprès des groupes spécifiques et prise en charge médicale des PVVIH
USAID	Prévention auprès des hommes en uniforme
FEI-I5PC	Renforcement du système d'information à travers le projet interpays CASSIS
KfW	Prévention (marketing social) auprès de la population générale
PSI	Prévention (marketing social) auprès de la population générale
Solthis	Appui technique au système de santé lié au VIH et prise en charge médicale des PVVIH
MSF/Belgique	Prise en charge des adultes (hommes et femmes) et femmes enceintes et enfants
DREAM	Prise en charge des adultes (hommes et femmes) et femmes enceintes et enfants

Les coûts inhérents à l'appui apporté par chaque partenaire au développement est développé dans la partie financement de la riposte du VIH en Guinée (plus haut dans ce document).

## Chapitre VI : Suivi et évaluation

### 6.1. Bref aperçu du système national de suivi et d'évaluation

Le système de suivi et d'évaluation des interventions du CSN 2013-2017 est fondé sur les 12 composantes d'un système de suivi et évaluation fonctionnel en vigueur au niveau international. Les fonctions prioritaires du système sont d'informer régulièrement les acteurs et décideurs sur les performances de mise en œuvre du CSN, sur les modifications nécessaires pour une utilisation efficiente et efficace des ressources et d'identifier les événements non prévus ainsi que les réorientations stratégiques urgentes. Il comprend quatre (04) niveaux comme le montre la figure ci-dessous :



**Graphique** : Fluxogramme des données/informations

- *Le niveau sous-préfectoral* est constitué par les structures de santé (centres et postes de santé), les services sous-préfectoraux, les entreprises et les OBC. Les responsables qui opèrent à ce niveau travaillent sur les registres et les fiches pour collecter les données et ils transmettent leur rapport mensuel au niveau immédiatement supérieur, la Préfecture ;
- *Le niveau préfectoral* comprend la Direction Préfectorale de la Santé et les autres directions sectorielles. Les responsables, à ce niveau, traitent et compilent toutes les données/informations venant du niveau sous-préfectoral et les transmettent après validation dans des supports appropriés, tous les mois au niveau immédiatement supérieur, la Région Administrative. Les données des secteurs dont les ministères n'ont pas de représentations au niveau de la Préfecture, sont traitées par le Point Focal VIH préfectoral ;



- *Le niveau régional* comprend la Direction Régionale de la Santé Publique, les autres directions/inspections et la coordination régionale du SE/CNLS. Les responsables, à ce niveau, traitent et compilent toutes les données/informations venant des différentes Préfectures qui composent la Région Administrative et les transmettent après contrôle/validation, tous les trimestres, à l'aide de supports appropriés, au niveau immédiatement supérieur, le central ;
- *Le niveau central* comprend le Département Planification, Suivi-Evaluation et Recherche du SE/CNLS et les chargés du suivi-évaluation des comités sectoriels. Les responsables du suivi-évaluation ainsi que les gestionnaires des données, à ce niveau, effectuent la triangulation de données reçues du niveau régional pour en garantir la qualité. Les données ainsi traitées sont/seront soumises à validation au CMT- (Comité Médical Technique) SE VIH avant d'être disséminées.

**La rétro-information** se fait du niveau central jusqu'au niveau sous-préfectoral comme le montre la figure ci-dessous.

### **6.2. Défis rencontrés dans la mise en œuvre du système complet et actions majeures**

Les principaux défis identifiés dans le domaine du suivi et de l'évaluation sont relatifs à l'opérationnalisation de l'ensemble du système national de suivi et d'évaluation sur le VIH avec pour corollaires majeurs:

- La faible capacité managériale, technique et/ou opérationnelle des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de suivi et d'évaluation ;
- Une remontée timide des données du niveau opérationnel vers le niveau central, occasionnant ainsi une faible promptitude et une faible complétude des rapports attendus ;
- L'adaptation systématique des outils de collectes pour satisfaire aux exigences internationales en matière de définition d'indicateurs ;
- Un stockage de données et un archivage de rapports peu appropriés à tous les niveaux.

Les actions majeures préconisées pour garantir la réalisation des objectifs convenus sont :

- Renforcer les capacités managériales, techniques et opérationnelles des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de suivi et d'évaluation ;
- Dynamiser le groupe technique du niveau central en suivi et évaluation et mettre en place les groupes techniques régionaux (multisectoriels) en suivi et évaluation pour assurer la validation des données ;
- Assurer de façon régulière les missions de supervision à tous les niveaux, en vue de s'assurer que les acteurs utilisent les mêmes outils de collecte et de rapportage des données ;
- Organiser des revues selon un rythme bisannuel d'harmonisation des outils de collecte des données ;

- Revoir et mettre à jour le dispositif de gestion et de stockage des données et d'archivage des documents.

### ***6.3. Besoins en assistance technique et de développement des moyens pour le S&E***

Les besoins en assistance technique portent essentiellement sur :

- L'analyse de la situation du VIH chez les usagers de drogues injectables ;
- L'élaboration d'un agenda des études/enquêtes et autres recherches sur les IST et le VIH/sida retenues dans le cadre de la mise en œuvre du cadre stratégique national, incluant l'inventaire des capacités locales en évaluation et recherche sur le VIH ;
- La réalisation de l'audit de la qualité des données de routine au moyen de l'outil RDQA ;
- La réalisation de l'évaluation du système national de suivi et évaluation au moyen de l'outil MESS ;
- La mise à jour du rapport sur l'estimation des dépenses en matière de VIH/sida en Guinée (REDES) ;
- L'élaboration du rapport sur l'estimation des besoins en matière de VIH/sida en Guinée (RNM) ;
- L'élaboration du rapport sur les modes de transmission du VIH (MOT) ;
- Le développement des bases de données sur le VIH/sida dont :
  - Une base de données sur le suivi des patients ;
  - Un entrepôt de données sur la réponse au VIH/sida répliquable au niveau régional.

## Annexes

---

ANNEXE 1 : Processus de consultation / préparation pour le rapport national de suivi des progrès dans la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement dans la riposte au VIH/sida

ANNEXE 2 : Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**Institut National des Statistiques de Guinée.** Enquête Démographique et de Santé et a Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2012. Conakry: Institut National des Statistiques et Mesures DHS; 2014.

**Institut National des Statistiques Guinée.** Pauvreté et inégalités en Guinée de 1994 à 2012: analyse à partir d'enquêtes auprès des ménages. Conakry: INS, PAM, BM, BAD, PNUD, EU; 2013.

**United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013).** World Population Prospects: The 2012 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.227.  
[http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/WPP2012\\_%20KEY%20FINDINGS.pdf](http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_%20KEY%20FINDINGS.pdf)

**Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).** Rapport sur le développement humain 2013. L'essor du Sud : le progrès humain dans un monde diversifié. New York : PNUD ; 2014.